

**ENTWICKLUNG DES PSYCHIATRIEFRAGEBOGENS
ZUR ZUFRIEDENHEITSMESSUNG VON STATIONÄREN
PSYCHIATRISCHEN PATIENTEN (PZZ)**

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
Thiemuth Maria Plank

von
Menzingen / Zug

Angenommen auf Antrag von Frau Prof. Dr. Brigitte Boothe, Klinische Psychologie,
Universität Zürich und Herrn Prof. Dr. Rainer Richter, Klinische Psychologie, Universitäts-
Klinik Eppendorf, Hamburg

(Adag Copy AG, Zürich, 2003)

[letzte Seite Lebenslauf]

**Den psychiatrischen Patienten
in Respekt und Dankbarkeit
gewidmet**

DANKSAGUNG

Bevor ich mit der inhaltlichen Darstellung beginne, möchte ich meinen Dank an folgende Personen aussprechen, die durch ihre Unterstützung an der Entstehung der vorliegenden Arbeit mitgewirkt haben:.

Zu nennen sind hier im Besonderen Frau Prof. Dr. Boothe für ihre angenehme und verständnisvolle Erstbetreuung; Herrn Prof. Dr. Rainer Richter, der die Zweitbegutachtung meiner Arbeit wie selbstverständlich übernahm und durch seine Anregungen sehr zur Qualitätsverbesserung der Forschungsstudie beitrug; Prof. Hinterhuber sowie Herrn Cassidy aus den teilnehmenden Universitätskliniken, welche sich in ihrer Bereitschaft offen zu dieser Thematik zeigten. Ebenso bedanke ich mich beim Verein Equilibrium, hier besonders Frau Contzen, welche mir unter anderem mit einem Sonderauftritt auf einer Tagung nochmals einige Teilnehmer zusicherte. Ganz herzlich möchte ich mich zudem bei Frau Dr. Astrid Mehr für ihre konstruktive Kritik und ihre geduldige Art bezüglich der teststatistischen Auswertung bedanken; Peter vor allem für seinen EDV-Support und seine Kontakte, Silvia und Martina für das Korrekturlesen und – last, but not least – meinem Lebenspartner Christian für seine immerwährende und liebevolle Unterstützung in Rat und Tat.

INHALTSVERZEICHNIS

0	EINLEITUNG	8
1	DIE PSYCHIATRIE.....	10
1.1	Definition und Geschichte	10
1.2	Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie	12
1.3	Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen.....	14
1.4	Klassifikationssysteme ICD und DSM	15
1.5	Vernetzung der Psychiatrie mit anderen Disziplinen	18
1.6	Psychiatrierelevante Rechtsbestimmungen	19
1.6.1	In der Schweiz	19
1.6.2	In Österreich	21
1.7	Die Psychiatrie in der Schweiz.....	22
2	DAS GESUNDHEITSWESEN	24
2.1	Das Gesundheitswesen in der Schweiz	24
2.2	Das Gesundheitswesen in Österreich	27
2.3	Exkurs: Gesundheitsförderung international	29
2.4	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	30
2.4.1	Definition von Qualität allgemein	30
2.4.2	Definition von Qualität in der gesundheitlichen Versorgung	32
2.4.3	Qualitätsförderung in Psychiatrien	36
3	STAND DER FORSCHUNG.....	37
3.1	Patientenzufriedenheitsmessungen im Qualitätsmanagment.....	38
3.2	Kritik am Konstrukt Patientenzufriedenheit.....	41
3.3	Studien zur Patientenzufriedenheitsmessung.....	47
3.4	Bestehende Messinstrumente.....	49
3.5	Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit	60
3.5.1	Behandlungsmethoden (Therapien)	60
3.5.2	Therapeutische Beziehung	66
3.5.3	Compliance und Einbezug des Patienten	71
3.5.4	Personal	73
3.5.5	Soziodemografische Merkmale.....	76
3.5.6	Information.....	79
3.5.7	Klinische Vorerfahrungen	82
3.5.8	Diagnose und Symptomatik	83
3.5.9	Lebensqualität	85
3.5.10	Sonstige Merkmale	90
3.5.10.1	Familie und andere Angehörige.....	91
3.5.10.2	Zwangseinweisung und Zwangsmassnahmen	94
3.5.10.3	Einrichtung und Rückzugsmöglichkeit	97
3.5.10.4	Mitpatient und Hausordnung.....	99
3.5.10.5	Entlassung und Nachbetreuung.....	100
3.6	Neue Wege in der Psychiatrie	102

4	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESENBILDUNG	108
5	QUALITATIVER UNTERSUCHUNGSTEIL	112
5.1	Das problemzentrierte Interview	112
5.1.1	Kriterien des problemzentrierten Interviews	113
5.1.2	Bestandteile des problemzentrierten Interviews	114
5.2	Das Gruppeninterview	116
5.3	Qualitative Untersuchungsdurchführung	117
5.3.1	Untersuchungsteilnehmer im qualitativen Studienteil	117
5.3.1.1	Auswahlkriterien im qualitativen Teil	118
5.3.2	Untersuchungsmaterial	119
5.3.2.1	Kurzfragebogen	119
5.3.2.2	Interviewleitfaden	121
5.3.2.3	Postskriptum	123
5.3.2.4	Transkriptionsregeln	124
5.3.2.5	Geräte	126
5.4	Ablauf der qualitativen Untersuchung	126
5.4.1	Kontaktaufnahme	126
5.5	Auswertungsprogramm GABEK/Winrelan	129
5.5.1	Theorie der Gestaltbildung	130
5.5.2	Das Ausdrucksnetz (Indexierungssystem)	132
5.5.3	Die sprachliche Gestalt und der Gestaltenbaum	133
5.6	Untersuchungsergebnisse von GABEK	137
5.6.1	Die Gestalten	139
5.6.2	Die Hypergestalten	147
5.6.3	Ergebnisse der Kurzfragebögen	150
5.6.4	Ergebnisse der Postskripten	158
6	DER FRAGEBOGEN-ENTWURF	161
6.1	Durchführung der Evaluation	161
6.1.1	Beschreibung der Evaluationsteilnehmer	163
6.1.2	Beschreibung der Evaluationsliste	167
6.2	Ergebnisse der Evaluationsliste	169
6.2.1	Ausführungen zu den evaluierten Items	170
7	DER TEST-FRAGEBOGEN	193
7.1.1	Probleme bei den zwei Versionen des Test-Fragebogens	195
7.2	Ablauf der Testinterviews	196
7.2.1	Beschreibung der Testpatienten	196
7.2.2	Kontaktaufnahme mit den Testpatienten	197
7.2.3	Untersuchungsablauf	198
7.3	Ergebnisse der Testinterviews	201
7.3.1	Soziodemografische Daten der Testpatienten	201
7.3.2	Anmerkungen, Korrekturen, Ergänzungen des Test-Fragebogens	208
8	DER PILOT-FRAGEBOGEN	215
8.1	Die Items und deren Herleitung	215
8.2	Einbezug des Zürcher Fragebogens (ZFB)	233
8.2.1	Entwicklung ZFB	234
8.2.2	Einbauen des ZFB in den Pilot-Fragebogen	235

9	QUANTITATIVER UNTERSUCHUNGSTEIL	238
9.1	Einleitung	238
9.2	Beschreibung der Teilnehmer.....	239
9.2.1	Psychiatrische Universitätsklinik Basel	239
9.2.2	Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck	244
9.2.3	Selbsthilfeorganisationen.....	249
9.3	Methodik der Pilotstudie.....	251
9.3.1	Beschreibung der Stichprobe	251
9.3.2	Untersuchungsablauf.....	255
9.3.2.1	Untersuchungsablauf in den PUKs	255
9.3.2.2	Untersuchungsablauf in den SHOs.....	257
9.3.3	Auswertung.....	260
9.3.3.1	Das Auswertungsprogramm	260
9.3.3.2	Details zur Auswertung	261
9.4	Ergebnisse der Pilotstudie	263
9.4.1	Decken- und Bodenwert der Items	263
9.4.2	Faktorenanalyse und Skalenbildung	267
9.4.3	Statistische Überprüfung der Skalen	271
9.4.4	Validitätsnachweise	288
10	DER FRAGEBOGEN PZZ.....	289
11	PATIENTENZUFRIEDENHEIT IN VORLIEGENDER STUDIE	290
11.1	Zufriedenheit und Einflussfaktoren aus Forschung	290
11.2	Zufriedenheit in Abhängigkeit von den drei Teilnehmergruppen	305
11.3	Zufriedenheit und Ausfülldauer, Länge und Validität des PZZ	310
12	DISKUSSION	311
12.1	Diskussion der qualitativen Ergebnisse	311
12.2	Diskussion der Methodik.....	317
12.3	Diskussion der Skalenbildung	324
12.4	Diskussion der quantitativen Ergebnisse	325
12.5	Diskussion gesamthaft	348
13	ZUSAMMENFASSUNG	352
	LITERATURVERZEICHNIS	355
	ANHANGVERZEICHNIS	367

NÄGEL IM KOPF*

**Ich hab' Nägel
In meinem Kopf
Die tun so schrecklich weh**

**Ich hab' Nägel
In meinem Kopf
Die kann von aussen
Niemand seh'n**

**Sind so tief hineingeschlagen
So tief in meinen Kopf gebohrt
Daran zu zieh'n
Will ich nicht wagen
Sind sie doch dann
Für immer fort...**

*Ein Gedicht, gefunden im Diskussionsforum von www.psychiatrie.de (Verfasser unbek.)

0 Einleitung

Forschung ist das Lebensblut jeder klinischen Disziplin.

Ich bin der Meinung, dass psychiatrischen Patienten nicht die Kritikfähigkeit abgesprochen werden darf. Zudem bin ich der Meinung, dass psychiatrische Patienten durchaus in der Lage sind, mehr als 20 Fragen zu ihrem Aufenthalt in einer Psychiatrie zu beantworten.

Meinungen, die ich im Kontakt mit psychiatrischen Patienten gewonnen habe und die das Gegenteil von Studien in diesem Bereich behaupten. Meinungen, mit denen ich mich unter anderem gegen Experten stellte.

Meine wissenschaftliche Neugier brachte mich dazu, mich weiter in Psychiatrien umzusehen, mich mit Patienten, mit Selbstbetroffenen, mit Personal und mit Ärzten zu unterhalten. Das Interesse brachte mich auch als Praktikantin in den psychiatrischen Klinikalltag hinein, um alles hautnah miterleben und beobachten zu können.

Und ich entdeckte, dass meine Erfahrungen nicht mit dem übereinstimmten, was ich in diverser Forschungsliteratur gelesen oder von Experten gehört hatte.

Nach eingehender Literaturrecherche¹ stellte ich fest, dass sehr wenig Studien zur Patientenzufriedenheit mit psychiatrischen Patienten im deutschsprachigen Raum existieren. Zudem mangelt an wissenschaftlich fundierten Instrumenten in diesem Bereich. Psychiatrische Patienten werden deswegen auch laut Baker, Zucker und Gross (1998, S. 61) als „a relatively silent consumer group“ bezeichnet.

Auch die durchgängig gefundenen hohen Patientenzufriedenheits-Werte in den Studien standen in augenfälliger Diskrepanz zu dem, was ich mit psychiatrischen Patienten erlebte, die sich mir als sehr differenzierungs- und kritikfähig zeigten.

Wie Hribek und Schmalen (2000, S. 209) postulieren, werden in Kenntnis der methodischen Problematik bereits seit längerem messmethodisch fundierte Studien zur multiattributiven Messung der Patientenzufriedenheit gefordert, um durch den Einsatz eines standardisierten

¹ In folgenden Datenbanken wurde recherchiert: CINAHL (Gesundheits-/Pflegewissenschaften; Aufsätze aus ca. 3 200 Zeitschriften), EMBASE (Humanmedizin; über 8 Mio Artikel), MEDLINE (Medizin/Gesundheitswissenschaften, Aufsätze aus ca. 3 200 Zeitschriften), PSYINDEX (Psychologie, auch: Medizin, Pädagogik, Soziologie, Verhaltensforschung), PSYCINFO (Psychologie, Aufsätze aus ca. 1 500 Zeitschriften), Mental Health Abstracts, Testdatenbank, Dissertation Abstracts.

Messinstrumentes auch Vergleiche zwischen den Spitälern zu ermöglichen. Dabei sind die beiden Autoren der Meinung, dass bei der Messung der Patientenzufriedenheit die subjektiven Ansätze in den Mittelpunkt gerückt werden sollen: Nur die Patienten selber können eine verlässliche Auskunft über ihre erhaltene Versorgung geben. Messverfahren, die das Ausmass der Patientenzufriedenheit nur über eine Befragung von Drittpersonen (Arzt, Kontaktpersonal etc.) ermitteln, lehnen sie ab.

Dem stimme ich vollumfänglich zu.

Und so entstand die Idee der Entwicklung eines Fragebogens, der die Zufriedenheit von psychiatrischen Patienten mit der Anforderung erfasst, die *Patienten selbst* ihren stationären Aufenthalt in der Psychiatrie in den unterschiedlichsten Aspekten beurteilen zu lassen. Zudem soll jedoch auch ein ganzheitliches Bild durch Einbezug *der in diesem Setting involvierten Personen* gewährleistet sein. Dies geschah durch Interviews mit Personen aus den verschiedenen Berufsgruppen in der qualitativen Entstehungsphase des Fragebogens.

Ich bin sehr dankbar und glücklich, dass ich diese Forschungsstudie durchführen durfte.

BESONDERHEITEN

Allein aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit verwende ich im Weiteren die maskuline Form. Selbstverständlich zählen zu den Patienten sowohl Frauen als auch Männer. Das Gleiche gilt für Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeutin etc. Ich möchte zudem noch darauf hinweisen, dass, da die Studie sowohl in der Schweiz als auch in Österreich durchgeführt wurde, folgende terminologische Unterschiede zwischen den beiden Ländern existieren: In Österreich spricht man von „Spital“, in der Schweiz verwendet man dafür die Bezeichnung „Klinik“; der fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) in der Schweiz ist gleichbedeutend mit der Zwangseinweisung oder Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz in Österreich.

Aufbau der Arbeit:

In Kapitel 1 bis 3 werden theoretische und empirische Grundlagen der Thematik erläutert. Anschliessend folgt, nach der Fragestellung in Kapitel 4, der qualitative Untersuchungsteil in den Kapiteln 5 bis 8, gefolgt vom quantitativen Forschungsteil in den Kapiteln 9 bis 11 mit anschliessender Diskussion der Ergebnisse im Kapitel 12. Eine Zusammenfassung findet sich im Kapitel 13.

1 Die Psychiatrie

1.1 Definition und Geschichte

DEFINITION

Johann Christian Reil (1759-1813) prägte den Begriff der „Psychiatrie“ (griech. Psyche = Seele, iatros = Arzt). Psychiatrie bedeutet die Lehre von seelischen Erkrankungen und Behinderungen. Als Teilgebiet der Medizin beschäftigt sich Psychiatrie mit der Diagnostik, der Therapie und der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen. Prävention psychischer Erkrankungen und deren Erforschung unter Berücksichtigung des biologischen, psychologischen und sozialen Bezugsrahmen fallen ebenfalls in den Aufgabenbereich der Psychiatrie.

Ziel der Psychiatrie ist es, die Wahrnehmungs-, Erlebens- und Kontaktfähigkeiten des Individuums sowie seine sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Die Schwerpunkte der Psychiatrie gehen dabei von der Forschung (mit dem therapeutischen Ziel der Prävention) hin zur Psychopathologie (Beschreibung und Aufklärung krankhafter Seelenzustände), zur Sozialpsychiatrie (Untersuchung der sozialen Interaktionen), zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (Erforschung von gestörten Entwicklungsprozessen des Kindes, Förderung und/oder Wiederherstellung der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter), zur psychosomatischen Medizin (Erforschung von somatischen, psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit und Erkrankung), zur biologischen Psychiatrie (naturwissenschaftliche Untersuchung der gestörten psychischen Funktionen) und zur forensischen Psychiatrie (Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit im Strafrecht, Erfassung des Geisteszustandes im Zivilrecht).

GESCHICHTLICHER ABRISS

Auffallend bezüglich der Historie psychischer Erkrankungen ist, dass diese in nahezu jeder Epoche mit moralischen Aspekten in Verbindung gebracht wurden: Der Kranke hatte für ein Fehlverhalten zu büßen, war von Gott gestraft worden. Aber auch der umgekehrte Fall war möglich: In manchen Gesellschaften galten Schizophrene als von Gott auserwählte Seher mit übernatürlichem Wissen. In beiden Fällen stand der Betroffene ausserhalb der Gesellschaft: Entweder wurde er von ihr verstossen oder aber man versuchte, ihn mit allen Mitteln (wieder-)einzugliedern.

Ansätze zu einer ärztlichen Seelenheilkunde fand man bereits im griechisch-römischen Altertum. Damals gab es eine natürliche Erklärung von Geisteskrankheiten durch eine Verknüpfung von körperlichen und seelischen Vorgängen. In der „corpus hippocraticum“-Darstellung ist die Vier-Säfte-Lehre mit Ableitung des Temperamentes aufgezeichnet. Krankheiten entstanden laut dieser Lehre als Resultat aus einer Störung im Säftegleichgewicht. So verursacht ein Ungleichgewicht zugunsten des Körpersaftes Blut das sanguinische Temperament, ein Ungleichgewicht der gelben Galle den Choleriker, das Ungleichgewicht der schwarzen Galle verursacht den Melancholiker sowie der Schleim den Phlegmatiker.

In der römischen Zeit wurden psychiatrische Störungen vorwiegend durch Massagen, mässigem Aderlass, Schröpfen, Diät oder Lokalbehandlung des Kopfes durch Ölumschläge behandelt. Zudem wurde der Verstand durch kritisches Lesen von Texten, durch Fragenstellen oder Theaterspielen gestärkt. Aus der Antike sind keine psychiatrischen Krankenhäuser bekannt. Erst im Mittelalter und der Renaissance kam es zu Gründungen der ersten Spezialanstalten für Geisteskranke. Diese waren für alle Menschen gedacht, auch die „geringsten“ (also die „Irren“) waren nicht auszugrenzen, sondern anerkannt als die „Kinder der einen Welt Gottes“. Die Kranken wurden jedoch oftmals inhuman „verwahrt“ oder ausgewiesen durch den Rat der betreffenden Stadt. Wohlhabende Kranke wurden in Festungs- oder Stadttürmen untergebracht.

Im späten Mittelalter wurden dann Geisteskranke als Hexen, Hexenmeister und Zauberer (deren Krankheitssymptome als Teufelswerke galten) vielfach durch die Inquisition verfolgt. Vom 15. bis zum 17. Jahrhundert erlitten Tausende von Geisteskranken den Tod durch Folterung und Verbrennung.

Im 17./18. Jahrhundert wurden Geisteskranke als Asoziale gemeinsam mit Krüppeln, Armen, Prostituierten und Landstreichern eingesperrt. Es erfolgte keine Behandlung durch Ärzte. Erst im Zuge der Aufklärung kam es zu einer Humanisierung der Behandlung. Aus den alten Tollhäusern wurden Irrenanstalten, in Wien wurde der „Irrenturm“ (Narrenturm) als erste derartige Einrichtung in Verbindung mit dem Allgemeinkrankenhaus errichtet.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war Frankreich in der Psychiatrie führend. Allen voran befreite Philippe Pinel (1745-1826) die „Irren“ von ihren Ketten, was als Akt der bürgerlichen Revolution gefeiert wurde. In Deutschland hingegen wurden Geisteskrankheiten von der „Psychikern“, einer romantischen Richtung der Psychiatrie, als Erkrankungen der körper-

losen Seele, als Folge der Sünde angesehen und mit zum Teil barbarischen Methoden behandelt (Untertauchen in eiskaltes Wasser, Hungerkuren etc.).

Bedeutendster deutscher Psychiater im 19. Jahrhundert war Wilhelm Griesinger (1817-1865), der psychische Krankheiten als Erkrankungen des Gehirns und „Irresein“ als Ausdruck anomaler Gehirnzustände sah. Griesingers Werk bot eine Synthese der anatomischen, physiologischen, psychologischen und klinischen Standpunkte. Erst ab Ende des 19. Jahrhunderts kam es zu einer Klinifizierung der Psychiatrie mit dem Versuch einer Verbindung mit der Neurologie sowie der Integration in die Gesamtmedizin.

Als zentrale Gestalt in der Psychiatrie stach zu Beginn des 20. Jahrhunderts Emil Kraepelin (1856-1926) hervor. Besonderes Augenmerk galt seinem Lehrbuch mit einer Systematik psychischer Erkrankungen, vor allem der Beobachtung des Gesamtverlaufes und der Unterscheidung zwischen exogenen und endogenen Psychosen. Eugen Bleuler (1857-1939) grenzte den schizophrenen Formenkreis von den manisch-depressiven Erkrankungen ab. Die Psychoanalyse wurde entwickelt und fand im Laufe der Jahrzehnte zahlreiche analytisch ausgerichtete Psychotherapiemethoden. 1952 leitete die Entwicklung von Psychopharmaka eine Revolution in der Behandlung psychisch Kranker ein.

Während der Zeit des Nationalsozialismus kam es zur Ermordung von etwa 200 000 psychisch Kranken, in der Mehrzahl chronisch kranke Patienten aus deutschen Anstalten. Das sozialdarwinistische Gedankengut war wieder populär. Nach dem Krieg war die Selbstachtung und das Ansehen der deutschen Psychiatrie weitgehend erschüttert. Seit etwa 1965/70 findet eine Reform der Versorgung statt. Heute finden vor allem sozialpsychiatrische Aspekte wiederum Eingang in die Psychiatrie, Verbindungen zu Neuroanatomie, Psychopathologie, Genetik und Nosologie werden hergestellt. Auf dem Gebiet der Psychopharmaka wird intensiv geforscht.

1.2 Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie

Die Schwierigkeit besteht darin, dass sich der Terminus „psychische Krankheit“ in vielen Fällen nicht eindeutig festlegen lässt. Er verlangt zunächst einmal eine Definition des Begriffes „Gesundheit“. 1948 definierte die Weltgesundheitsbehörde (WHO) Gesundheit als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“

Diese weitgespannte Definition ist bezüglich der Anspruchshaltung sehr unrealistisch und ohne praktische Relevanz. Laut einem modernen, sozialmedizinischen Gesundheitsverständnis (Gesundheitsförderung Schweiz, 2003) stellt Gesundheit vielmehr „ein Fließgleichgewicht dar, das positiv oder auch negativ beeinflusst werden kann“. In den letzten Jahrzehnten reifte zudem die Erkenntnis, dass Gesundheit nicht allein aus hygienischen und medizinischen Rahmenbedingungen, aus biologisch-genetischen Determinanten und aus dem persönlichen Verhalten resultiert. Auch Lebensbedingungen wie der soziale Status, die Bildung, die Beschäftigung, das Einkommen, das Wohnen und die Umwelt spielen dabei eine bedeutende Rolle. Eine Grenzziehung zwischen psychischem Kranksein und normalem menschlichen Verhalten ist aus diesem Grund *nicht* möglich: Krankheit und Gesundheit gehen fließend ineinander über. Sie stellen sozusagen Eckpunkte eines Kontinuums dar. *Aus diesem Grund kann der Krankheitsbegriff nicht a priori definiert werden.*

Man unterscheidet drei Krankheitsbegriffe: den subjektiven, den medizinischen und den persönlichkeitsbezogenen Krankheitsbegriff. Beim *subjektiven Krankheitsbegriff* leidet der Mensch unter seiner psychischen Existenz und empfindet sich als krank und nicht belastungsfähig. Hemmungen, Angst, Depressivität oder kognitive Defizite sind Ausdrücke des subjektiven Krankheitsbegriffes. Der *medizinische Krankheitsbegriff* umfasst jene psychiatrischen Erkrankungen, welche sich auf eine somatisch bedingte Störung (meistens Hirnfunktionsstörungen) zurückführen lassen. Medizinischer und subjektiver Krankheitsbegriff schliessen sich nicht aus. Der *persönlichkeitsbezogene Krankheitsbegriff* trifft bei vielen Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen zu. Die Kranken leiden nicht subjektiv, d.h. der subjektive Krankheitsbegriff ist hier nicht anzuwenden. Es lässt sich auch kein medizinischer Krankheitsbegriff erfassen, da es sich (bis heute) kein organpathologisches Korrelat ihres Krankseins finden lässt. Eine Persönlichkeitsveränderung wird dann als Erkrankung gewertet, wenn ein deutlicher Wandel, der die Sinnkontinuität unterbrochen hat, im Leben des Betroffenen eintritt.

Viele psychiatrischen Erkrankungen sind nicht eindeutig einem dieser drei Krankheitsbegriffe zuzuordnen. Folgende Faktoren müssen bei der Diagnose einer psychischen Störung besonders beachtet werden: die Biografie eines Patienten, die akute Belastung, der Funktionszustand des Gehirns und die aktuelle Substratbelastung.

1.3 Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen

Eine Einteilung psychiatrischer Erkrankungen in Analogie zu anderen medizinischen Disziplinen ist kaum möglich, da es sich nicht nur um Krankheiten im naturwissenschaftlichen Sinne handelt. Vielmehr finden sich hier Variationen des psychischen Erlebens, vereinen sich heterogene Störungen. Dies mag auch ein Grund sein, warum das Fachgebiet „Psychiatrie“ oft als Fremdkörper im Studium der Medizin erlebt wird: Der nicht-naturwissenschaftliche Aspekt des Faches ist ungewohnt und die Sprache der Psychopathologie fügt sich nicht in die allgemeine medizinische Terminologie ein.

Jedoch darf die Psychiatrie an sich nicht vollständig abgekoppelt von medizinischen, somatischen Kliniken gesehen werden. Wie auch die Ergebnisse der qualitativen Auswertung in vorliegender Studie, welche sehr klar den Unterschied zwischen Somatik und Psychiatrie aufdeckt, zeigen, darf sich die Psychiatrie in Bezug auf die Information, das Eingehen auf Bedürfnisse und die Akzeptanz der Patienten in keiner Hinsicht von der Somatik unterscheiden (siehe Gestalt G 38 in Pkt. 5.6.1 Die Gestalten).

Aus didaktischen Gründen erweist sich das triadische System der Klassifikation in der Psychiatrie nach wie vor als hilfreich, auch wenn es angesichts der heutigen Kenntnisse der multikonditionalen Ätiologie nicht mehr überall akzeptiert wird. Dilling et al. (1991, S. 21) sprechen sogar von einer „Abkehr vom triadischen System der Psychiatrie“ hin zu einer deskriptiven Darstellung psychischer Störungsbilder.

Der Vollständigkeit halber wird kurz auf die Unterscheidungen eingegangen:

1. organisch begründbare psychische Störungen (so genannte „exogene Psychosen“²)
2. schizophrene und affektive Störungen („endogene Psychosen“)
3. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Unter exogenen Psychosen werden psychische Störungen, insbesondere Psychosen, zusammengefasst, die eine nachweisbare körperliche Ursache haben. Von der Ätiopathogenese kann jede die Hirnfunktion betreffende Störung oder Erkrankung, wenn sie

² Unter dem Begriff „Psychose“ wurden in älterer Bedeutung alle körperlich begründbaren psychischen Störungen einschliesslich der hypothetisch vorwiegend durch pathophysiologische Vorgänge verursachten endogenen Psychosen zusammengefasst. Gegenwärtig werden besonders schwere, produktive Syndrome als psychotisch bezeichnet (Dilling & Reimer, 1997).

einen entsprechenden Ausprägungsgrad erreicht, zu einer organisch begründeten psychischen Störung führen.

Seit Emil Kraepelin werden endogene Psychosen unterteilt in manisch-depressives Krankheitsgeschehen (affektive Psychosen) und Schizophrenien. Trotz jahrelanger intensiver Forschungsarbeit ist die Ätiopathogenese dieser Störungen noch weitgehend ungeklärt, sie folgen aber definierten Verlaufsgesetzmäßigkeiten. Ihr Auftreten ist häufig unabhängig von Auslösfaktoren. Viele Untersuchungen ergeben zudem für die Gruppe der Schizophrenien wie auch für die affektiven Störungen deutliche Hinweise auf eine genetische Determination.

Unter der Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie neurotischer, Belastungs- und somatoformen Störungen subsumiert man die Varianten der Persönlichkeit, des Verhaltens und des Reagierens. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen implizieren das Mitleiden des Patienten selbst oder dessen Umgebung. Bei neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen wird den Umweltbedingungen eine wesentliche pathogenetische Rolle zugemessen.³

1.4 Klassifikationssysteme ICD und DSM

ALLGEMEIN

Um eine internationale Vergleichbarkeit der psychiatrischen Erkrankungen zu gewährleisten, wurden weltweit gültige Klassifikations- bzw. Diagnosesysteme entwickelt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die „International Classification of Diseases“ (ICD) herausgegeben, die zur Zeit in der zehnten Revision (*ICD-10*) vorliegt. Die American Psychiatric Association (APA) entwickelte das mit dem ICD konkurrierende „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM), das seit 1994 nun in der vierten Fassung (*DSM-IV*) vorliegt.

ICD-10 verzichtet im Unterschied zu der vorangegangenen Auflage ICD-9 auf eine Einteilung der Krankheitsbilder in das oben beschriebene triadische System. ICD-10 orientiert sich rein beschreibend (deskriptiv) gewissermaßen an einem Kriterienkatalog, nach dem eine bestimmte Zahl von Kriterien (Symptome) über einen bestimmten Zeitraum für ein bestimmtes Störungsbild sprechen.

³ Als Literatur zur Veranschaulichung diverser psychischer Störungen sei an dieser Stelle auf das vortreffliche Lern- und Lehrbuch von Zöllner (1997) hingewiesen, der darin Fallbeispiele aus seiner mehr als 20-jährigen Erfahrung als leitender Psychologe in einer Psychiatrie beschreibt.

ICD-10 klassifiziert folgende Störungsgruppen, die wiederum unterteilt werden in Neben-
gruppen (ausschlaggebend ist natürlich immer die Hauptgruppe): F0 organische ein-
schliesslich symptomatischer psychischer Störungen; F1 psychische und Verhaltens-
störungen durch psychotrope Substanzen; F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte
Störungen; F3 affektive Störungen; F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Stör-
ungen; F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 Persönlich-
keits- und Verhaltensstörungen; F7 Intelligenzminderung; F8 Entwicklungsstörungen; F9
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; F99 nicht
näher bezeichnete psychische Störungen.

Die Klassifikation nach DSM-IV zeigt Ähnlichkeiten mit ICD-10 und beschränkt sich ebenfalls
auf eine deskriptive Darstellung psychischer Störungsbilder auf verschiedenen Achsen:
Achse I umfasst klinische Syndrome und Störungen, Achse II Entwicklungs- und Persönlich-
keitsstörungen, Achse III körperliche Störungen und Zustände, Achse IV den Schweregrad
psychosozialer Belastungsfaktoren und Achse V die globale Beurteilung des psychosozialen
Funktionsniveaus. Um keinen wichtigen Gesichtspunkt zu übersehen, soll jede Person auf
jeder dieser Achsen beurteilt werden.⁴

Beide Klassifikationssysteme beruhen auf einer operationalisierbaren Diagnostik, im
Rahmen derer eine bestimmte Konstellation von Symptomen letztlich für die Diagnose aus-
schlaggebend ist. Dabei will ICD 10 „keine umfassenden Darstellungen des gegenwärtigen
Kenntnisstandes über die Störungen“ wiedergeben, sondern die „Leitlinien stellen vielmehr
eine Zusammenstellung von Symptomen und Kommentaren dar, die in Übereinstimmung mit
einer grossen Anzahl von Experten und Klinikern aus verschiedenen Ländern zusammen-
gestellt wurden.“ (Dilling et al., 1991, S. 16).

Beide in der vorliegenden Studie teilnehmenden psychiatrischen Universitätskliniken (A-Inns-
bruck und CH-Basel) wenden ICD-10 an.

VERBESSERUNGEN

Widiger (2000) schlägt zur Verbesserung des DSM vor, Persönlichkeitsstörungen als
separate Achse des DSM anzuführen und nicht mit den Entwicklungsstörungen in einer
Achse zu belassen. In seinem Five Factor Model (FFM) werden Persönlichkeitsstörungen als
„maladaptive variants of common personality traits“ gesehen (S. 12). Ein grosser Vorteil
einer solchen Klassifikation wäre laut Widiger, dass sowohl angepasste als auch nicht

⁴ Das DSM-IV liegt bereits in der überarbeiteten Textrevision DSM-IV-TR im Hogrefe-Verlag vor.

angepasste Persönlichkeitszüge (adaptive as well as maladaptive traits) erkannt werden könnten und in klinischen Entscheidungen entsprechend darauf reagiert werden kann.

Ebenfalls Kritik an der Achse Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV übt Cloniger (2000). Seiner Meinung nach können Persönlichkeitsstörungen nicht als „multiple discrete categories of illness“ (S. 99) aufgefasst werden, wie dies im DSM geschieht. Persönlichkeitsstörungen variieren entlang von multiplen Dimensionen, die untereinander unabhängig sind oder nur schwach korrelieren. In anderen Worten: Es gibt keine natürlichen Grenzen, die eine Kategorie der Persönlichkeitsstörung von der anderen Kategorie trennen. Aus diesem Grund – so Cloniger – ist die aktuelle Liste der Kategorien im DSM-IV sehr redundant und überlappend.

Cloniger schlägt in seinem „Proposal“ vier Schlüsselbegriffe der Persönlichkeitsstörungen (geringe Selbstgerichtetheit; geringe Kooperationsbereitschaft; geringe affektive Stabilität; geringe Selbsttranszendenz) als generelle Kriterien vor. Zudem finden sich in seinem Vorschlag 15 bis 20 Items, mit deren Hilfe man den Schweregrad der persönlichen Disorganisation eruieren kann. Cloniger versteht seinen Vorschlag als Screeninghilfsmittel in der Anwendung des DSM-IV.

Zimmermann und Mattia (2001) entwickelten einen Fragebogen, mit dessen Hilfe durch Selbstbeobachtung schnell und effizient die Achse I des DSM-IV (klinische Syndrome und Störungen) gescreent wird. Der Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) kann relativ rasch von ambulanten psychiatrischen Patienten vor der ersten diagnostischen Evaluation ausgefüllt werden (ca. 15 Minuten) und wurde in einer Studie von 630 ambulanten psychiatrischen Patienten hinreichend teststatistisch überprüft.

Folgende Kritikpunkte an den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV führt Pilz (1997, S. 58) an:

- Die theoretische Orientierung ist bezüglich mancher Klassen nicht erkennbar oder im gleichen Klassifikationssystem nicht einheitlich.
- Die meisten Hauptklassen und viele Unterklassen sind heterogen, so dass häufig kaum deutlich wird, weshalb die einer Klasse zugeordneten Störungen eine gemeinsame Klasse bilden.
- Die Merkmale, die bei der Erstellung und Benennung der Klassen berücksichtigt werden, wechseln innerhalb desselben Systems.

- Meist ergibt sich aus der Klassenzugehörigkeit nicht zwingend die Art der Therapie.
- Klassifikationsregeln, die statistisch abgesichert sind, fehlen fast vollständig.

Trotz dieser Kritikpunkte erfüllen die Klassifikationssysteme eine wertvolle Hilfe beim Versuch der Diagnostik als unerlässlichen Bereich in der Klinischen Psychologie bzw. Psychiatrie.

1.5 Vernetzung der Psychiatrie mit anderen Disziplinen

Die Beschäftigung mit Störungen der Seele, des Geistes oder des Gemütes betrifft nicht nur medizinische und pflegerische Fachberufe und andere Berufe im Gesundheitswesen, wie Ergo-, Logo- oder Physiotherapeuten, sondern in zunehmendem Masse auch psychosoziale Berufe, wie Sozialarbeiter und -pädagogen, Heilpädagogen, Psychologen und rechtliche Betreuer. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass psychische Störungen häufig zu erheblichen individuellen und sozialen Problemen und Konflikten führen.

Andererseits hat sich das Krankheitsverständnis in der Psychiatrie als medizinischer Wissenschaft geändert: Immer stärker rücken bio-psychosoziale Konzepte zu Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen in den Vordergrund und lösen einseitig monokausale Sichtweisen ab. Wie Schwarzer und Trost (1999) hervorheben, haben psychische Erkrankungen selten nur *eine* Ursache, sondern sind zumeist *multifaktoriell* bedingt. Auch Dilling und Reimer (1997, S. 3) sprechen von einer „zentralen Position des Fachs [Psychiatrie] zwischen Natur- und Geisteswissenschaften.“

Hier hat vor allem die Psychopathologie in den letzten zwei Jahrzehnten einen Stellenwert als neue Wissenschaft gewonnen. Ihre Interdisziplinarität beschreibt Harrington (2001, S. 93) folgendermassen: „It brings together and integrates a variety of disciplines, including epidemiology, genetics, psychiatry, psychology, the neurosciences and sociology.“ Trotz dieser Vielfalt an Einflüssen kann die Psychopathologie laut Harrington (2001) grob gesagt auf drei Schlüsselbegriffe reduziert werden: dem Verstehen der kausalen Prozesse, dem Verstehen der Entwicklungsprozesse und dem fließenden Übergang vom Normalen zum Pathologischen.

Einen Aufruf zur Zusammenarbeit von Psychiatern mit allgemeinen Ärzten stellt die Studie von Katon (1995) dar. Er stellt zwei Modelle vor, in denen Psychiater in Kliniken mit allgemein praktizierenden Ärzten in Gemeinden eng zusammenarbeiten. Diese Zusammen-

arbeit resultiert in einer Erhöhung der Zufriedenheit und Verbesserung von klinischen Outcome-Werten von Patienten mit schwerer Depression.

Jede Intervention sollte dabei laut Starfield (1973; zit. nach Katon, 1995, S. 360) drei zentrale Aspekte der Versorgung beinhalten. Der erste Aspekt betrifft den Patienten („You have to educate patients and motivate them to collaborate in their own care.“), der zweite Aspekt den Arzt („He must receive adequate training in how to provide the intervention.“) und der dritte Aspekt betrifft das System selbst. Zusammengefasst bringt es Katon (1995) auf folgenden Punkt: „Most studies have shown that, if you want to improve patient outcomes, you have to provide multifaceted interventions. Intervention at only one of the above aspects often does not work" (S. 360).

1.6 Psychiatrierelevante Rechtsbestimmungen

1.6.1 In der Schweiz

Im Art. 397 a-f des Schweizerischen Zivilgesetzbuch ZGB wird die Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Klinik gegen den Willen des Betroffenen geregelt. Die Gründe für die *fürsorgerische Freiheitsentziehung* (Zwangseinweisung) sind im eidgenössischen Gesetz aufgezählt: Geisteskrankheiten, Geistesschwäche, Trunksucht, andere Suchterkrankungen und schwere Verwahrlosung.

Zentrales Element dieser Bestimmung ist die Überzeugung, dass nicht nur die Abwendung der Gefahren für andere, sondern vor allem die Fürsorge für den Betroffenen im Vordergrund zu stehen haben. Der Terminus „Geisteskrankheit“ ist nicht im streng medizinischen Sinne zu interpretieren, es handelt sich dabei um Zustände und Verhaltensweisen, die auch Laien auffallen. Geistesschwäche umfasst nicht nur Schwachsinnformen, sondern auch deutliche Persönlichkeitsveränderungen (z.B. infolge Suchtkrankheit oder Residualsyndrom).

Doch die Freiheitsentziehung bringt allein noch nicht die nötige Fürsorge, sondern erst die gewährte Betreuung. Hervorzuheben ist ferner, dass für die Zwangsunterbringung keine Fristen angegeben werden. Art. 197 a, Ziff. 3 bestimmt ausdrücklich: „Die betroffene Person muss entlassen werden, sobald ihr Zustand es erlaubt.“ Dabei ist auch gemäss diesem Artikel die Belastung zu berücksichtigen, welche die Person für ihre Umgebung bedeutet.

Zuständig für die Zwangsunterbringung sind die Vormundschaftsbehörden, die es in jeder politischen Gemeinde der Schweiz gibt. Grundsätzlich gibt es zweierlei Zwangshospital-

isierungen: die behördlich und die ärztlich angeordnete. Bei der behördlichen Zwangshospitalisierung ist auch die Vormundschaftsbehörde für den Entlassungsentscheid zuständig, für die ärztlich angeordnete ist es die Klinikleitung.

Art. 397 d ZGB besagt, dass die betroffene oder eine ihr nahestehende Person gegen den Entscheid innerhalb von zehn Tagen nach der Mitteilung schriftlich einen Richter kontaktieren kann. Dieses Recht besteht auch bei Abweisung eines Entlassungsgesuches. D.h. mit anderen Worten, dass neben der einweisenden Instanz und Klinikleitung nun eine dritte, von den beiden anderen Instanzen unabhängige Rekursinstanz eingeschaltet wird. Diese hat über die inhaltliche formale Rechtmässigkeit der Einweisung oder Zurückbehaltung zu befinden.

Es blieb den Kantonen vorbehalten, diese verbindlichen Rahmenbestimmungen in die kantonalen Ausführungsgesetze aufzunehmen. Verschiedene Kantone haben die Gelegenheit dazu benützt, eine umfassende Psychiatriegesetzgebung zu entwerfen, die weit über die Ausführungsbestimmungen zum eidgenössischen Recht hinausgeht. So enthält beispielsweise das Tessiner Gesetz ausdrücklich das Recht des Patienten auf Behandlung in einer psychiatrischen Institution auf freiwilliger Basis.

STRAFRECHTLICHE BESTIMMUNGEN

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes (Art. 13 des Schweizerischen Strafgesetzbuch StGB) muss ernsthafter Anlass zu Zweifeln an der geistigen Gesundheit bestehen, um bei der Beurteilung des Geisteszustandes eines Beschuldigten Sachverständige hinzuzuziehen. Aus dem Gesetzestext ist ferner eindeutig zu entnehmen, dass die Sachverständigen sich zur Zurechnungsfähigkeit – nach herrschender Lehre und Praxis in der Schweiz nur aus psychiatrischer Sicht – äussern müssen. Die Begutachtung muss ein Facharzt für Psychiatrie durchführen, der Teilaufgaben an nichtärztliche Mitarbeiter (v.a. Psychologen) übertragen kann. Zurechnungsunfähigkeit und verminderte Zurechnungsfähigkeit sind in Art. 10 und 11 StGB geregelt.

VORMUNDSCHAFTLICHE MASSNAHMEN

Art. 369 ZGB führt zu vormundschaftlichen Massnahmen wie folgt an: 1. „Unter Vormundschaft gehört jede mündige Person, die infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, zu ihrem Schutz dauernd des Beistandes und der Fürsorge bedarf oder die Sicherheit anderer gefährdet.“ 2. „Die Verwaltungs-

behörden und Gerichte haben der zuständigen Behörde Anzeige zu machen, sobald sie in ihrer Amtstätigkeit von dem Eintritt eines solchen Bevormundungsfalles Kenntnis erlangen.“

Zudem sollen nach Art. 370 ZGB auch alle Personen bevormundet werden, die durch „Verschwendung“, „Trunksucht“, „lasterhaften Lebenswandel“ oder durch die Art und Weise ihrer Vermögensverwaltung sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes oder der Verarmung aussetzen, zu ihrem Schutze dauernd des Beistandes oder der Fürsorge bedürfen oder die Sicherheit anderer gefährden. Für die Durchführung des Entmündigungsverfahrens gibt es unterschiedliche kantonale Bestimmungen.

1.6.2 In Österreich

Das Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz UbG, BGBl 155/1990) regelt bundeseinheitlich die rechtlichen Fragen der Zwangseinweisung in psychiatrische Anstalten und Zwangsanhaltung.

Nach § 38a dürfen in Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie geschlossene Bereiche geführt werden. Diese dienen ausschliesslich der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz Anwendung findet. Gemäss § 3 des UbG darf nur in einer Anstalt untergebracht werden, wer an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben, seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet.

Es gibt Unterbringung auf eigenes Verlangen und Unterbringung ohne Verlangen. Der Abteilungsleiter der psychiatrischen Krankenanstalt und ein weiterer Facharzt haben die betroffene Person unverzüglich zu untersuchen. Sie darf nur aufgenommen werden, wenn nach übereinstimmenden, unabhängig voneinander erstellten ärztlichen Zeugnissen die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen.

Der Abteilungsleiter hat den Kranken über die Gründe zu unterrichten und muss den Patientenanwalt unverzüglich verständigen sowie, wenn der Kranke nicht widerspricht, einen Angehörigen und auf Verlangen des Patienten auch dessen Rechtsbeistand.

Der Abteilungsleiter hat ferner bei Unterbringung ohne Verlangen unverzüglich das Gericht zu informieren. Das Gericht hat sich binnen vier Tagen ab Kenntnis von der Unterbringung einen persönlichen Eindruck vom Kranken in der Anstalt zu verschaffen.

STRAFRECHTLICHE BESTIMMUNGEN

Gemäss Strafgesetzbuch StGB § 11 gilt: „Wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinns, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einer dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft.“ Das österreichische Recht kennt den Begriff der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ nicht. Wohl aber werden psychische Störungen, die zu einer Beeinträchtigung von Diskretions- und Dispositionsfähigkeit führen, bei Strafzumessung berücksichtigt.

BESTIMMUNGEN DES BÜRGERLICHEN RECHTES

Im Personenrecht ist ersichtlich, dass die Handlungsunfähigkeit unter anderem durch Unreife und Geisteskrankheit beeinträchtigt werden kann. Im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) ist in § 273 geregelt: „Vermag eine Person, die an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist, alle oder einzelne Angelegenheiten nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst zu besorgen, so ist ihr auf ihren Antrag hin oder von Amts wegen dazu ein Sachwalter zu bestellen.“

1.7 Die Psychiatrie in der Schweiz

Die Zahl der niedergelassenen, praktizierenden Psychiater hat in den letzten Jahren ständig zugenommen. Pro Einwohner ist sie in der Schweiz deutlich höher als in Deutschland oder Österreich (1 354 Psychiater, 2 281 Psychotherapeuten gesamtschweizerisch; Stand: 1999; Kocher und Oggier (2001)). Das Nettoeinkommen der Psychiater ist wesentlich geringer als jenes der anderen praktizierenden Ärzte. Wegen der langen Therapiedauer sind aber die Kosten pro psychiatrischem Behandlungsfall viermal höher als bei Behandlungen in der Allgemeinpraxis. Die Krankenkassen üben deshalb zunehmend Druck auf die Psychiater aus, lange Psychotherapien zu verkürzen.

Die psychotherapeutische Tätigkeit der Psychologen ist in der Schweiz in verschiedener Hinsicht noch nicht geregelt und staatlich anerkannt. Die Titel Psychologe und Psychotherapeut sind nicht geschützt, eine entsprechende Veränderung ist jedoch bereits im Gange.

Im Rahmen der westeuropäischen Psychiatriereform wurden seit den 60er Jahren die stationäre Versorgung reduziert, die ambulanten und teilstationären Institutionen ausgebaut und die psychiatrische Grundversorgung dezentralisiert. In der Schweiz gibt es 58 psychiatrische Kliniken und ärztlich geleitete Suchtkliniken (Stand: 2001). 1998 wurden in der

Schweiz 5.6 Personen pro 1 000 Einwohner psychiatrisch behandelt. Diese so genannte psychiatrische Hospitalisationsrate ist im internationalen Vergleich relativ hoch und variiert sehr stark zwischen den Kantonen innerhalb der Schweiz.

Psychisch akut Kranke mit einer längeren stationären Behandlung werden durch die Kostenträger zunehmend benachteiligt und je nach Kanton und Krankenversicherung finanziell sehr unterschiedlich entschädigt. Beispielsweise gelten im Kanton Zürich Psychatriepatienten bereits ab dem 61. Aufenthaltstag nicht mehr als Akutfall und müssen dann einen sehr grossen Teil der Behandlungskosten selber übernehmen.

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG IM KANTON ZÜRICH

Etwa 5 000 Menschen mussten sich im Jahr 1999 im Kanton Zürich psychiatrisch behandeln lassen, bereits 6 000 Patienten dürften es im Jahr 2003 sein. Der Trend ist ungebrochen, der Schweregrad der Probleme nimmt zu. Wachsende Ansprüche im Erwerbsleben und eine zunehmende Vereinsamung vieler Menschen dürfte dafür verantwortlich sein.

Die akutpsychiatrischen Einrichtungen im Kanton Zürich sind regelmässig zu mehr als 100 % belegt. In Männedorf, Kilchberg und Affoltern am Albis entstehen in naher Zukunft neue Psychiatriezentren. Im Jahr 2000 hat das Psychiatriewesen im Kanton Zürich 377 Mio. Franken verschlungen. Eine Kostensteigerung dürfte angesichts der stark steigenden Fallzahlen anhalten.

Kostendämpfend fällt allerdings ins Gewicht, dass die Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz sinkt. 1999 blieb ein Patient durchschnittlich 96 Tage, im Jahr 2003 werden es voraussichtlich noch 63 Tage sein. Die Hälfte aller Patienten bleiben ein bis 26 Tage in der Klinik, die anderen bleiben teilweise sehr viel länger: 25 % länger als 62 Tagen, arithmetisches Mittel 128 Tage, drei Prozent über ein Jahr und immerhin ein Prozent über fünf Jahre.

2 Das Gesundheitswesen

„Eine der wichtigsten Quellen des Reichtums in jedem Land sind die Kranken“ (Biedermann, 1999, S. 66)

2.1 Das Gesundheitswesen in der Schweiz

In den letzten Jahren haben sich im schweizerischen Gesundheitswesen strukturelle Veränderungen abzuzeichnen begonnen, welche nicht zuletzt die Folge des am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sein dürften. Dieses Gesetz stellt nämlich die erste umfassende Reform des schweizerischen Gesundheitswesens seit über 80 Jahren dar. Die Zielsetzungen, welche ausschliesslich dem Bereich der obligatorischen Grundversicherung unterstehen, werden wie folgt umschrieben: Kosteneindämmung, Erweiterung des Leistungskataloges, Verstärkung der Solidarität, keine fundamentalen Änderungen bei der Finanzierung.

Vor allem die Kosteneindämmung spielt eine grosse Rolle. Der Anteil der Gesundheitsaufwendungen am Bruttoinlandsprodukt (BIP, Geldmass für die alljährlich im Innern eines Landes produzierten Güter und Dienstleistungen) hat sich im letzten halben Jahrhundert verdreifacht. Die medizinischen Fortschritte und die zahlenmässig starke Zunahme beim Gesundheitspersonal sind die Hauptgründe dafür. Die Schweiz besitzt zwar ein erstklassiges Gesundheitswesen, gehört aber auch zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitskosten der Welt. Alleine im Jahr 2000 belief sich der Anteil am BIP auf bis zu 11%.

Damit ist laut Städler (2002) das Schweizer Gesundheitswesen *das zweitteuerste aller Industriestaaten* (Österreich liegt an 14., Deutschland an dritter Stelle). Teurer sind nur die USA mit einem 13 %igen Anteil am BIP (Stand: 1998).

Die Finanzierungsquellen sind nach zwei verschiedenen Ansätzen zu betrachten: den Direktzahlern und den Trägern der wirtschaftlichen Belastungen. Gemäss der Kostenstatistik des Jahres 1998 nach Direktzahlern wird ein Viertel der Kosten des Gesundheitswesens direkt von den Haushalten bezahlt; die Versicherer bezahlen fast drei Fünftel; ein Siebtel wird von der öffentlichen Hand getragen (v.a. Spitalkosten).

Die wirtschaftliche Hauptlast wird zu zwei Drittel von den Haushalten getragen, die Belastung der Unternehmen beträgt 6.9 % (Unfall, Invalidenversicherung, Altersvorsorge), der Betrag

der öffentlichen Hand beträgt fast ein Viertel. Da die Mittel der öffentlichen Hand aus Steuern und Abgaben stammen, ruht fast die gesamte Finanzierung letztlich auf den Haushalten.

Kocher und Oggier (2001) sind sich ausblickend einig, dass sich der Gesundheitszustand in Zukunft weiter verbessern wird, was eine Senkung der Morbidität zur Folge hat. Der Alterung der Bevölkerung wird noch mehr Bedeutung zukommen. Mit medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritten werden neue Therapien häufiger zum Einsatz kommen und auch kostspieliger sein. Allgemein werden die Erwartungen und Ansprüche weiter nach oben weisen, auch der medizinische Verbrauch und die Dichte des Personals wird weiter steigen. Somit sind alle Voraussetzungen vorhanden, um die Kosten des Gesundheitswesens weiter zu erhöhen.

Dass damit vor allem die Haushalte direkt betroffen sind, zeigt sich auch an der steigenden Prämienlast für Krankenkassen. Der im Auftrag des Verbands der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Interpharma) erhobene Gesundheitsmonitor 2002 zeigt beispielsweise, dass erstmals in der jährlichen Befragung mehr Personen erklären, Schwierigkeiten mit der Begleichung der Krankenkassenprämien zu haben, als dies bei den Steuern der Fall ist. Von den befragten 1 000 Stimmberechtigten gaben 42 % an, dass diese Ausgaben für sie ein dauerhaftes Problem darstellen.

Auch im laufenden Jahr 2003 schlagen dennoch einmal mehr die Krankenkassenprämien auf und dies um beinahe 10 %. Die Durchschnittsprämie (Krankenpflege-Grundversicherung mit Unfall, Erwachsene ab 26 Jahren) in der Schweiz liegt momentan bei 269 Franken im Monat, im Kanton Genf liegen sie gar bei monatlichen 390 Franken (!), im Kanton Zürich bei 275 Franken pro Monat.

Auch die Kantone bleiben von den höheren Beiträgen an die Krankenkassen nicht verschont. Folgendes Beispiel des Kantons Zürich soll dies verdeutlichen: 42 Millionen Franken entfallen hier alleine auf erhöhte Krankenkassenprämien, die kantonalen Betriebe brauchen 45 Millionen Franken mehr (v.a. wegen teurerer Medikamente und Arbeitszeitverkürzungen der Assistenz- und Oberärzte). Die Gesundheitsdirektion Zürich zwingt die Spitäler nun aufgrund von Benchmarking⁵-Werten zum Sparen. Demgegenüber steht natürlich der Leistungsauftrag, den die Spitäler zu erfüllen haben, und dafür braucht es die notwendigen Mittel, zu deren Mitfinanzierung der Kanton gesetzlich verpflichtet ist zu zahlen.

⁵ Benchmarking zielt auf kontinuierliche einrichtungsinterne oder -übergreifende Optimierung durch Orientierung an den jeweils „Besten“ ab.

EXKURS BENCHMARKING

Voraussetzung für eine Leistungsverbesserung ist u.a., dass eine Organisation über die eigenen Grenzen hinausschaut. Sie muss jenseits der eigenen Mauern andere Organisationen betrachten, die hervorragende Pflege-Dienstleistungen geschaffen haben. Benchmarking verlagert laut Schroeder (1998) „den Denkansatz weg von der Frage ‚Wie können wir unser Vorgehen verbessern?‘ hin zur Verbesserung selbst“ (S. 24).

Ein grosser Teil der Energie wird immer wieder auf Seiten der Betroffenen für eine Rechtfertigung bzw. defensive Interpretation der Daten in einem öffentlichen Vergleich aufgewendet. Es kommt meist zu einer Konzentration auf eine Rechtfertigung anstatt auf eine Verbesserung der Versorgung. Benchmarking kombiniert jedoch die gewonnenen Einsichten mit Erfahrungen aus dem Alltag und ist besonders hilfreich, um Organisationen auf dem neuesten Stand der besten Praktiken zu halten⁶.

Die verzwickte Situation, in der sich Spitäler befinden, ist meiner Meinung nach, dass einerseits von den Spitälern verlangt wird, kostenintensive Verbesserungen anzubringen, andererseits jedoch der Spardruck der Regierung in den letzten Jahren immens angewachsen ist. Die Spitäler befinden sich, vor allem in der Schweiz, in einer Zwickmühle. Ob hier die von Gerlach (2001, S. 77) konzipierte Formel „Konzentration auf Kosten = sinkende Qualität, Konzentration auf Qualität = sinkende Kosten“ als Ansatz hergenommen werden sollte, sei dahingestellt.

Die *Kosten der psychiatrischen Kliniken* im schweizerischen Gesundheitswesen erhöhten sich von 1.34 Milliarden Franken im Jahr 1985 auf 2.36 Milliarden Franken im Jahr 1998, was einer mittleren jährlichen Zunahme von 4.4 % (1985 - 1998) entspricht (Kocher & Oggier, 2001).

Während der Trend in Richtung gemeindenahe psychiatrische Versorgung geht (siehe auch Pkt. 3.6 Neue Wege in der Psychiatrie) und damit die psychiatrischen Kliniken entlastet, gibt es momentan Diskussionen über die Streichung der ambulanten Dienste (Spitex)⁷ bei

⁶ Um diesem Trend der Rechtfertigung und Defensive entgegenzuwirken, wurde beispielsweise auch das Publikationsorgan der JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) von „Quality Review Bulletin“ in „Journal on Quality Improvement“ umgewandelt.

⁷ Die psychiatrische Spitex ist, wie die allgemeine Spitex, eine fachliche Betreuung eines psychisch kranken Menschen zu Hause.

psychisch Kranken durch die Schweizer Kassen Helsana und CSS. Dies das Stimmvolk sich allgemein zum Ausbau der ambulanten Pflege ausgesprochen hat. Damit wurde der Entwicklung Rechnung getragen, die die medizinische Behandlung vermehrt vom stationären auf den ambulanten Bereich verschiebt. Es drohen gerichtliche Klagen, v.a. von Selbstbetroffenenorganisationen und Psychiatrie-Spitex-Diensten.

2.2 Das Gesundheitswesen in Österreich

Auch in Österreich zeigt sich ein „kränkelndes“ Gesundheitswesen: Obwohl das österreichische Gesundheitswesen laut einer WHO-Studie zu den zehn besten der Welt zählt und 99 % der Bevölkerung versichert sind, zeigen sich Probleme. Die Gesamtkosten sind mit 8 % des Bruttoinlandsproduktes relativ niedrig, jedoch müssen Reformen eingeleitet werden, um die Qualität des Systems zu erhalten. So mussten beispielsweise „gesunde“ Krankenkassen ihren weniger gesunden Mitstreitern Zwangsdarlehen gewähren. Das Ergebnis war, dass nunmehr alle Krankenkassen in Österreich rote Zahlen schreiben und mehr als 500 Millionen Euro im laufenden Jahr 2003 fehlen werden.

Die Folge wird - wie in der Schweiz - ebenfalls eine Beitragserhöhung der Haushalte und/oder Subventionen aus dem Staatshaushalt sein. Auch hier sind analog zur Schweiz mit dem Sparen nicht die Probleme gelöst, zumal insbesondere die Alterung der Gesellschaft sowie der medizinische Fortschritt zu immer höheren Kosten führen. Reformen, die bislang vorgeschlagen wurden, betreffen v.a. die Spitalsreform (hin zu leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierung) sowie den Einsatz von preiswerten Generika.

In Vorarlberg startete unlängst ein Pilotprojekt zur Kosteneindämmung durch Bekämpfung des Effizienzverlustes, den ein duales Finanzierungssystem derzeit verursacht. Im Vorarlberger Gesundheitsfonds sollen bis 2004 verschiedene Projekte umgesetzt werden (wie beispielsweise ein Entlassungsmanagement, das ein klar strukturiertes und verbindliches Entlassungsschema regelt). Am Ende sollen ein gemeinsamer Finanzierungstopf des Landes und der Gebietskrankenkasse und ein vereinheitlichtes Gesundheitswesen stehen, deren Ziel weniger Komplikationen zwischen ambulanter und stationärer Betreuung und ein wirkungsvollerer Einsatz von Geldmitteln darstellt.

Folgende Abbildung (Abb. 1) veranschaulicht einen Ländervergleich bezüglich der Ausgaben im Gesundheitswesen:

Ausgaben für das Gesundheitswesen			
	<i>Pro Kopf in US-\$¹</i>	<i>Anteil am BIP (in %)</i>	<i>Mittleres Wachstum² (in %)</i>
USA	4090	13,6	2,0
Schweiz	2547	10,1	2,3
Deutschland	2339	10,4	6,3
Kanada	2095	9,0	1,3
Frankreich	2051	9,6	2,7
Dänemark	1848	7,4	2,6
Niederlande	1825	8,5	2,5
Norwegen	1814	7,5	2,3
Australien	1805	8,4	4,0
Österreich	1793	7,9	1,0
Belgien	1747	7,6	-0,1
Japan	1741	7,3	4,2
Schweden	1728	8,6	-0,3
Italien	1589	7,6	1,3
Finnland	1447	7,2	-2,7
Grossbritannien	1347	6,7	2,5
Spanien	1168	7,4	2,7
Portugal	1125	8,2	4,8
Griechenland	974	7,1	6,9

¹ Im Jahre 1997, kaufkraftgewichtet
² Im Durchschnitt der Jahre 1990 bis 1996

Abbildung 1. Ausgaben für das Gesundheitswesen
(aus: Biedermann, Gross und Kocher, 1999, S. 10).

Bemerkungen: In den Ländern Dänemark, Grossbritannien, Kanada und Finnland herrscht ein staatlicher Gesundheitsdienst vor, der sich über Steuern finanziert. In den Ländern Deutschland, Niederlande und der Schweiz existiert eine Sozialversicherung. In Deutschland beispielsweise gehören etwa 90 % der gesetzlichen Krankenversicherung an. Diese finanziert sich aus einkommensabhängigen Beiträgen, die je zur Hälfte von Arbeitgebern und den Arbeitnehmern getragen werden. In den USA ist das Gesundheitswesen grösstenteils privat finanziert. Einzig die Schweiz finanziert das Gesundheitswesen über einkommens-unabhängige Prämien.

2.3 Exkurs: Gesundheitsförderung international

„Gesundheitsförderung ist der Versuch, den Anforderungen der Moderne im Bereich Gesundheit Rechnung zu tragen.“ (Kickbusch, 2003)

Nicht nur in somatischen Spitälern, sondern auch in psychiatrischen Institutionen halten immer mehr gesundheitsfördernde Massnahmen Einzug. Das von der Weltgesundheitsbehörde entwickelte Gesundheitsförderungskonzept beinhaltet dabei einen ganzheitlichen und umfassenden Gesundheitsbegriff⁸, eine Settingorientierung und – vor allem in Psychiatrien wichtig – eine Zielgruppenpartizipation (Empowermentansatz). Letzteres zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre – psychische und physische – Gesundheit zu ermöglichen (Partizipation) und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Empowerment).

Im internationalen Vergleich zeigten die Anstrengungen der Staaten für die Gesundheitsförderung äusserst unterschiedliche Ergebnisse: So schufen in Europa nur Österreich und die Schweiz unabhängige Organisationen – das österreichische Pendant zur Gesundheitsförderung in der Schweiz ist der Fond Gesundes Österreich. Die in Deutschland bereits bestehende deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)⁹ ist mehr dem Weg der Gesundheitsaufklärung und -erziehung verpflichtet.

Im EU-Raum wird im Moment erst erhoben, über welche institutionellen, finanziellen und politischen Strukturen die einzelnen Länder zur Umsetzung einer gesamtheitlichen Gesundheitsförderung verfügen. Österreich und die Schweiz spielen sowohl innerhalb der EU als auch international eine Vorreiterrolle, wobei in Österreich das 7.25 Mio. Euro-Budget des Fonds über die Umsatzsteuer finanziert wird, während in der Schweiz die Finanzierung durch Pro-Kopf-Beiträge der Versicherten selbst erfolgt.

In Australien werden Aktivitäten der vergleichbaren Victorian Health Promotion Foundation zum Teil über zweckgebundene Tabaksteuern finanziert, in den USA wird ein anderer, medizinischer Weg beschritten: Dort werden im Rahmen von Managed Care Ärzte dafür bezahlt, wenn Menschen gesund bleiben. Im asiatischen Raum sticht v.a. Thailand mit seiner

⁸ Die Ottawa-Charta definiert die Eckpunkte einer ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsförderung: Gesundheit ist das Zusammenspiel von seelischem, körperlichem und sozialem Wohlbefinden. Gesundheitsförderung versucht damit nicht bloss das Verhalten, sondern auch die Lebensverhältnisse der Menschen positiv zu beeinflussen.

⁹ Weitere Informationen: siehe www.bzga.de

Gesundheitsförderungseinrichtung Thai Health Promotion Foundation heraus, das in seinen wesentlichen Zügen dem Programm des Fonds Gesundes Österreich entspricht. Das thailändische Modell strahlt mittlerweile schon auf benachbarte Staaten wie Malaysia oder Indonesien aus.

Die Schwerpunkte im aktuellen Drei-Jahres-Programm des Fonds Gesundes Österreich, der dieses Jahr neu startet, sind neben der Bewegung und der Ernährung auf die *seelische Gesundheit* fokussiert. Grundlage für die Auswahl waren wissenschaftliche Untersuchungen, die besagen, dass rund 25 % der erwachsenen Bevölkerung an seelischen Erkrankungen leidet. In der Gesundheitsförderung der Schweiz ist der psychischen Gesundheit ebenfalls ein Schwerpunkt gewidmet.

2.4 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

2.4.1 Definition von Qualität allgemein

Das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren gänzlich neue Dimensionen angenommen. Wer jedoch über Qualität in der Medizin redet, der „sollte wissen, was darunter genau verstanden wird“, um Aussagen wie „Alle reden von Qualität - aber jeder versteht etwas anderes darunter“ (Gerlach, 2001, S. 1) vorzubeugen.

Der Ausdruck Qualität hat seinen Ursprung im lateinischen Wort „qualitas“, was so viel bedeutet wie „Beschaffenheit, Eigenheit“. Qualität wird im alltäglichen Sprachgebrauch in zweifacher Hinsicht verwendet:

- im Sinne einer (*objektiven*)¹⁰ Beschaffenheit anhand feststellbarer Eigenschaften (z.B. Verformbarkeit von Materialien)
- im Sinne von „Güte“ oder hohem „Wert“, wobei das Kriterium der Eignung von Dienstleistungen (z.B. Transportunternehmen) und von Gütern (z.B. Lebensmittel) die Befriedigung bestimmter (*subjektiver*) Bedürfnisse ist

¹⁰ Auf Aristoteles geht die Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Qualität zurück. Die objektive Qualität bezeichnet ein System von Eigenschaften, die ein Ding, so wie es in der Natur vorkommt, zu dem macht, was es ist, unabhängig von der menschlichen Wahrnehmung. Von subjektiver Qualität hingegen sind alle Wahrnehmungen von Farben, Gerüchen etc.. D.h. subjektive Qualität setzt bereits Transformation durch menschliche Sinnesorgane voraus. *Auf der Basis dieser Unterscheidung können alle Qualitäten, da letztlich von menschlichen Sinnesorganen transformiert, als subjektive Qualität betrachtet werden.*

In der zweiten Verwendung des Begriffes wird Qualität als Freiheit von Fehlern oder störungsfreie Funktion eines Produktes definiert; in der Industrie verstand man darunter vor allem die technischen Merkmale eines Produktes. In den 60er Jahren wechselte der Standpunkt des Betrachters der Qualität: Nicht mehr der Hersteller beurteilte in erster Linie die Qualität, sondern der Konsument wurde gefragt, wie er sich das Produkt wünsche, d.h. Bezugspunkt der Definition waren nicht mehr „der Verwendungszweck, sondern die *Bedürfnisse des Kunden* [Hervorhebung v. Verf.]“ (Wüthrich-Schneider, 1999, S. 7).

Im Jahr 1986 wurde in der Wirtschaft eine Definition der International Organization for Standardization (kurz: ISO) eingeführt, welche im April 1994 revidiert wurde und als ISO 8402 wie folgt lautet:

[Qualität bedeutet] die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen (Quality is the totality of characteristics of an entity that bears on its ability to satisfy stated and implied needs). (ISO 8402, 1994)

Diese wertneutrale, insgesamt sehr allgemein gehaltene Definition von Qualität ist nicht speziell auf einen Bereich bezogen. Aufgrund dieser Definition jedoch von nun an das Urteil des Kunden als „wichtigsten Massstab für die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung“ zu sehen (Wüthrich-Schneider, 1999, S. 8), kann im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise keinen Anklang finden. Wie Gerlach (2001) hinwies, sind *alle Phasen* des Qualitätskreises als Ganzes zur Erreichung einer zufrieden stellenden Qualität notwendig. Auch der Feststellung von Görres (1999), welcher der Meinung ist, dass bisher keine allgemein anerkannte Definition von Qualität existiert aufgrund ausgebliebener theoretisch fundierter Reflexion von Qualität als komplexen Urteilsprozess, kann nicht zugestimmt werden.

Wobei man Görres (1999) Recht geben kann, ist der Umstand, dass im Bereich der Medizin und Pflege eine genaue Definition der Qualität schwer fällt, da die Begriffsinhalte nicht ohne weiteres aus dem industriell-technischen Kontext, aus dem sie ursprünglich stammen, herauszulösen sind.

Beispielhaft für einen betriebswirtschaftlichen Kontext des Qualitätsbegriffes respektive der Patientenzufriedenheit sei die Studie von Elbeck (1992) angeführt: Seine Entwicklung eines Instrumentes zur Messung der Patientenzufriedenheit basiert auf dem Marketing-Grundsatz, dass die Institution im Gesundheitswesen (= marketer) sich der Bedürfnisse und Wünsche

des Patienten (= consumer) bewusst sein muss und mit ihren Gesundheitsleistungen (= products) diese Bedürfnisse und Wünsche erfüllen soll, um ihre Ziele effektiv und effizient zu erreichen, ein Grundsatz, der sich auch im Artikel von Fischer (1989) wiederfindet: Arbeitszufriedenheit fungiert auch hier als Voraussetzung für die Steigerung der Effektivität.

Grundsätzlich sicherlich keine falsche Annahme, vor allem in Zeiten eines explodierenden Gesundheitssystems, jedoch wird nur mit dieser betriebswirtschaftlichen Sichtweise einer auch psychologisch wissenschaftlich fundierten Erhebung kaum Folge geleistet. Das Resultat ist, dass diese Studie vom methodischen Standpunkt aus (mit 21 psychiatrischen Patienten in drei Fokusgruppen zu je 90minütigen Interviews mit der Frage „Wie beschreiben Sie das ideale psychiatrische Spital?“) als „a simply or quick-fix solution“ (Elbeck, 1992, S. 93) etliche Mängel aufweist.

Im Folgenden wird die Qualität in der gesundheitlichen Versorgung untersucht. Auf die verschiedenen bestehenden Konzepte und Methoden zur Sicherung und Förderung der Qualität, wie beispielsweise das Total Quality Management (TQM = ganzheitliches, umfassendes Konzept, das die simultane Optimierung von Zeit, Kosten und Qualität anstrebt), das laut Hess (2001) für eine Etablierung rund fünf Jahre dauert, wird in dieser Arbeit nicht eingegangen. Es sei jedoch auf die bereits angegebene Literatur verwiesen, hier v.a. auf das Buch von Gerlach (2001), welches auch als Arbeitsbuch im ärztlichen Qualitätsmanagement empfohlen wird.

2.4.2 Definition von Qualität in der gesundheitlichen Versorgung

Es existieren mehrere Vorschläge zur Definition des Begriffes Qualität in der gesundheitlichen Versorgung bzw. in der Medizin. Ganz allgemein wird das Vorhandensein von Qualität in der medizinischen Versorgung (Quality of Care) danach beurteilt, inwiefern die angebotene Versorgung mit dem übereinstimmt, was als wünschenswerte Versorgung angesehen wird.

Die international am häufigsten zitierte und derzeit wahrscheinlich umfassendste und beste Definition der Versorgungsqualität stammt vom Institute of Medicine (IOM). Sie besagt Folgendes:

Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge (Lohr, 1990; zit. nach Gerlach, 2001, S. 5)¹¹

In der Formulierung dieser Definition wurden mehr als 100 verschiedene Definitionen berücksichtigt, die sich direkt oder indirekt auf die Quality of Care beziehen. Sie impliziert die Vorstellung, dass Gesundheitsdienstleistungen einen Netto-Nutzen haben sollten, d.h. dass sie im Vergleich mit konkurrierenden Versorgungsalternativen mehr Nutzen als Schaden zur Folge haben.

Diese Definition erfordert dementsprechend drastische Veränderungen im Gesundheitswesen, da Qualität bisher ausschliesslich aus professioneller Sicht definiert wurde. Patienten werden immer mehr als Kunden gesehen, wobei, wie Schroeder (1998) ausführt, die Bezeichnungen Kunden und Konsumenten für viele im Gesundheitssektor arbeitende Personen schwer zu akzeptieren sind. Abwertung des professionellen Verhältnisses oder oberflächliche Einstellung zur Dienstleistung sind die möglichen Gefahren bei einer solch kundenorientierten Einstellung.

Die Qualität der medizinischen Versorgung lässt sich nach Donabedian (1960, zit. nach Gerlach, 2001), dem „Papst“ der modernen Qualitätssicherung in der Medizin (vgl. auch Cording, 1997; Freudenmann & Spitzer, 2001; Howard, Clark, Rayens, Hines-Martin, Weaver & Littrell, 2001; Wüthrich-Schneider, 1999), in folgende drei Qualitätskategorien unterteilen:

- *Strukturqualität*, d.i. Human-, Material- und organisatorische Ressourcen (z.B. Apparate, Infrastruktur, Medikamente, Instrumente, Qualifikation der Mitarbeiter etc.)
- *Prozessqualität*, d.i. der Inhalt der Behandlung sowie die Fertigkeit, mit der sie durchgeführt wird (z.B. Anamnese- und Untersuchungstechnik, Therapie, Pflegemassnahmen, Wartezeiten, Bewältigung von Notfällen etc.)
- *Ergebnisqualität*, d.i. das, was für einen Patienten bzw. eine ganze Population als Ganzes erreicht worden ist (z.B. Besserung oder Heilung von Erkrankungen, Patientenzufriedenheit, Rehospitalisationen etc.)

¹¹ In den Grundzügen stimmt diese Definition mit der allgemein gehaltenen Definition der ISO 8402, 1994 überein.

Der dreiteilige Zugang zur Qualität ist „possible only because good structure increases the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of good outcome“ (Donabedian, 1966, zit. nach Cording, 1997, S. 6).

Hribek und Schmalen (2000, S. 209) beschreiben den Zusammenhang zwischen den drei Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung so:

“Krankenanstalten haben durch ihre materielle Ausstattung (v.a. Gebäude, Einrichtung etc.) und ihr Personal ein bestimmtes Leistungsprogramm (= *Strukturmerkmalen* [Hervorhebung v. Verf.]). Sämtliche von den einzelnen Berufsgruppen während des stationären Aufenthaltes erbrachten Aktivitäten (= *Prozessmerkmale* [Hervorhebung v. Verf.]) zielen darauf ab, den Gesundheitszustand der Patienten nach Möglichkeit positiv zu beeinflussen (= *Ergebnismerkmale* [Hervorhebung v. Verf.]).“

Auch die Weltgesundheitsorganisation WHO beruft sich in ihren Qualitätsrichtlinien auf die von Donabedian vorgeschlagenen drei Schwerpunkte Struktur, Prozess und Ergebnis. In den 1991 herausgegebenen Checklisten für den ambulanten sowie stationären psychiatrischen Bereich finden sich in einem Umfang von jeweils 50-80 Items die wichtigsten Indikatoren für diese drei Qualitätsmerkmale, wobei hier ein Hauptaugenmerk auf die Strukturqualität gelegt wurde. Dies vor allem darum, weil Prozess- und Ergebnisqualität nicht allgemein definiert werden können und spezifische Anpassung verlangen.

In Deutschland wurde beispielsweise für die Dokumentation von Patientendaten in Psychiatrien das System Basic Documentation, kurz "BADO"¹² von der Deutschen Gesellschaft für Psychiater (DGPPN) entwickelt. Es wird in allen psychiatrischen Spitälern und Departementen in Deutschland eingesetzt und erlaubt einen Qualitätsvergleich in den Spitälern. Auch hier spielt der Aspekt des Datenschutzes – wie in vorliegender Studie – eine wichtige Rolle und Cording (1997) bemängelt den noch nicht vollständigen Datenschutz mit den Worten „Quite naturally, staff members as well as patients are concerned about what happens with these data, and they will not cooperate in reliable way if data protection is not strictly observed“ (S. 7).

¹² Für weitere Informationen über BADO: siehe „Qualitätssicherung in der Psychiatrie“, Berger und Gaebel (1997).

Qualitätsmanagement gehört nun seit dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes 1989 und des Gesundheits-Strukturgesetzes 1993 zu den gesetzlichen Aufgaben von Krankenhäusern in Deutschland. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 setzte der Gesetzgeber einen Meilenstein zur Förderung der Leistungs- und Wettbewerbsorientierung im stationären Sektor. Krankenanstalten befinden sich heute - so Hribek und Schmalen (2000) - unabhängig vom Zielsystem „in einem Konkurrenzkampf um den Patienten“ (S. 209).

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER SCHWEIZ - DIE KIQ

Als Neuerung fordert das Schweizer Krankenversicherungsgesetz KVG von 1996 von den Leistungserbringern (= die Spitäler) Massnahmen, um die Qualität oder den zweckmässigen Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen. Die beiden Verbände H+ Die Spitäler der Schweiz und santésuisse Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer richteten eine Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung (KIQ) ein. Das KIQ ist zuständig für die operative Umsetzung und Weiterentwicklung der Qualitätsförderung gemäss dem Rahmenvertrag. Es unterstützt die Leistungserbringer in der Umsetzung ihrer Qualitätsmanagement-Programme. Grösstenteils umgesetzt ist zum jetzigen Zeitpunkt der Bereich der Patientenzufriedenheits-Fragebögen. Die vom KIQ akzeptierten Fragebögen wurden zu einer Liste zusammengestellt bzw. zu vier Listen für die Bereiche Akutspitäler, Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie.

Die Mindestanforderungen können unter der Homepage www.kiq.ch eingesehen werden. Der Fragebogen in der vorliegenden Studie wurde ebenfalls per *Januar 2003* zur Evaluation eingereicht mit *dem Ziel, in die Liste aufgenommen zu werden.*

QUALITÄTSSICHERUNG IN ÖSTERREICH

Für die einzelnen Krankenhäuser wurde eine Organisationsstruktur ausgearbeitet, die vier wesentliche Elemente enthält: den Qualitätsmanager (koordiniert als Stabstelle der Krankenhausleitung alle Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung), die Qualitätsmanagement-Konferenz (besteht aus Vertretern aller Mitarbeitergruppen eines Krankenhauses, stellt die demokratisch legitimierte Basis für Qualitätssicherung dar), die Qualitätssicherungs-Komitees (werden in problematischen Bereichen tätig, wie z.B. Krankenhaushygiene, Ethikkommission etc.) und die Qualitätszirkel (analysiert den Istzustand und erarbeitet Lösungsvorschläge).

Momentan mangelt es laut Görres (1999) in Österreich jedoch an politischem Druck und vor allem an entsprechenden Anreizsystemen, um der Qualitätssicherung zum Durchbruch zu verhelfen.

2.4.3 Qualitätsförderung in Psychiatrien

„Simple ratings of patient satisfaction alone may be useful indicators of quality of psychiatric care” (Shipley, Hilborn, Hansell, Tyrer und Tyrer, 2000, S. 330).

Ausgehend von den bereits mehrfach erwähnten drei Komponenten der Qualitätssicherung Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian (siehe Pkt. 2.4.2 Definition von Qualität in der gesundheitlichen Versorgung) zeigte das Projekt Qualitätssicherung Depressionsstationen/Stationäre Depressionsbehandlung von Wolfersdorf, Stieglitz, Ruppe, Keller, Hälzel, Stabenow, Schulte, Wassenberg-Harms, Schuhmann, Schütz und Berger (1997), dass Untersuchungen zur externen Qualitätssicherung¹³, die in den einzelnen Kliniken auch für eine interne Qualitätssicherung dienen können, grundsätzlich auch für die Psychiatrie möglich sind. Ausschlaggebend für die Pilotstudie war der fehlende fachliche Konsens über messbare Qualitätskriterien in der Psychiatrie, verglichen wurden verschiedene Depressionsstationen bzw. eine Depressionsstation mit der Behandlung depressiv Kranker in einer psychiatrischen Universitätsklinik.

Auch in der Schweiz wird versucht, einheitliche Standards für Qualitätssicherung in Psychiatrien auszuarbeiten. Die Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen VQG bietet externe Qualitätssicherung durch Peers als Qualitätsnachweis an. Externe Überprüfung bedeutet, dass eine unabhängige Stelle die qualitätssichernden Vorkehrungen und Massnahmen anhand einzelner Standards oder Bereiche überprüft und das Qualitätsmanagement im Gesamten beurteilt. Zur Zeit steht die VQG in Verhandlungen mit den Schweizer Kantonen, um gemeinsame Richtlinien in der Beurteilung von Psychiatrien auszuarbeiten.

Mit der Ausarbeitung von Richtlinien für den Qualitätsstandard in deutschen Psychiatrien wurde auch die Organisation Aktion Psychisch Kranker von dem deutschen Gesundheitsministerium beauftragt. Die Arbeitsgruppe, zu der auch die beiden Autoren Kunze und Priebe

¹³ Externe Qualitätssicherung beinhaltet den Vergleich verschiedener Einrichtungen hinsichtlich vereinbarter und definierter Merkmals-Indikatorausprägung, interne Qualitätssicherung bezieht sich auf institutionelle oder innerstationäre Aktivitäten.

(1998) angehörten, setzten sich aus Psychiatern, Psychologen, Patienten und Angehörigen sowie Personal zusammen. Sie entwickelten ein dreidimensionales Instrument (tool), das eher als Anregung verstanden werden soll. Die erste Dimension definiert 23 Qualitätsstandards in den vier Bereichen Behandlungsziel, primäre Absichten, Organisation und optimale Ressourcenbenutzung. Die zweite Dimension definiert 28 Bereiche der psychiatrischen Behandlung (z.B. diagnostisches Prozedere, Interaktion mit Angehörigen etc.), die dritte beinhaltet die Ebenen Patient, Einheit (z.B. Station, Abteilung) und Institution.

Das UK Royal College of Psychiatrists' Research Unit, das Ausbildungsorgan für Psychiater in Grossbritannien und Irland, hat dabei eine neue Skala, die Health of The Nation Outcome Scale (HoNOS), entwickelt, um Outcomewerte in psychiatrischen Bereichen messen zu können. In der Studie von McClelland, Trimble, Fox, Stevenson und Bell (2000) wird die Entwicklung der HoNOS aufgezeigt: Neben guten statistischen Werten der HoNOS wurden Bereiche wie Verhalten, Beeinträchtigungen und Symptome sowie sozialer Kontext bei 934 Patienten als bedeutsam extrahiert.

Problematisch im Mental Health Bereich ist meines Erachtens die Berechnung des „Nutzens“, und zwar unter anderem auch darum, weil es in der Mental Health Arbeit oft um so genannte „intangible Kosten“ (Oggier, 2001; zit. nach Schnetzler, 2001, S. 42) wie Trauer, Angst und Stress geht, die sich nicht quantifizieren lassen. Zudem dauert es in der Mental Health Arbeit oft länger als in der biologisch orientierten Medizin, bis Wirkungen eintreten.

3 Stand der Forschung

Im folgenden Abschnitt wird die Patientenzufriedenheitsmessung im Qualitätsmanagement betrachtet, gefolgt von einer kritischen Betrachtung des Konstruktes „Patientenzufriedenheit“. Um Übersichtlichkeit zu gewährleisten, werden in den folgenden Punkten aktuelle Ergebnisse von Zufriedenheitsmessungen in Psychiatrien aufgeführt und - bei entsprechender Relevanz - durch Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsmessungen in *somatischen* Kliniken zusätzlich erweitert. Ich gebe explizit an, wenn es sich um Studien im somatischen Bereich handelt. Alle anderen Studien beziehen sich auf Patientenzufriedenheitsmessungen im *psychiatrischen* Setting.

Grundsätzlich kann gesagt werden, was Keller, Wolfersdorf, Ruppe und Stieglitz (2000) anführen: „Trotz dieser Popularität in klinischen Kreisen und der scheinbaren Klarheit des Konzeptes ‚Patientenzufriedenheit‘ wurde verschiedentlich bereits darauf hingewiesen, dass Probleme sowohl im theoretischen Bereich als auch in der methodischen Umsetzung und der Qualität der Messinstrumente bestehen“ (S. 25).

Gründe für diese Mängel sind laut Howard, Clark, Rayens, Hines-Martin, Weaver and Littrell (2001) „lack of attention to study designs and implementation plans, insufficient sample sizes or lack of information about sample representativeness, and instrument limitations“ (S. 12).

3.1 Patientenzufriedenheitsmessungen im Qualitätsmanagement

Die Qualität im Ergebnisbereich kann einerseits an objektiven Indikatoren gemessen werden, was z.B. eine Verbesserung des Gesundheitszustandes oder die Mortalität einschliesst. Andererseits kann das Ergebnis auch durch subjektive Indikatoren, wie beispielsweise der Patientenzufriedenheit, gemessen werden. Nach Donabedians Einteilung der Qualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gehört die *Patientenzufriedenheit in den Ergebnisbereich als Indikator der Qualität* (siehe auch Pkt. 2.4.2 Definition von Qualität in der gesundheitlichen Versorgung).

Nach Auffassung von Vuori (1989; zit. nach Gerlach, 2001, S. 93) ist die Messung der Zufriedenheit von Patienten mit der Gesundheitsversorgung und deren Outcome ein obligater Bestandteil jedes Versuchs zur Qualitätsverbesserung. Patienten können dabei nicht nur im Ergebnisbereich, sondern in mindestens drei verschiedenen Rollen ihren Beitrag zu einer systematischen Qualitätsförderung leisten (Gerlach, 2001, S. 98):

- Patienten können ihre Definition von Qualität beisteuern,
- sie können als Evaluatoren der Versorgung wirken und
- sie sind „Koproduzenten“ der Versorgung sowie potenzielle Nutzer der Ergebnisse von Massnahmen zur Qualitätsförderung.

Dieser Ansicht ist auch Görres (1999), der der Patientenzufriedenheit eine zunehmende Bedeutung in dreierlei Hinsicht zuschreibt: Erstens ist die Patientenzufriedenheit ein legitimes erwünschtes Versorgungsergebnis, zweitens reflektiert die Patientenzufriedenheit die Ansichten des Patienten über andere Aspekte der Versorgung und kann somit als stellvertretender Massstab für die Qualität dieser Aspekte genommen werden. Drittens ist die Patientenzufriedenheit eine Voraussetzung für Versorgung von hoher Qualität.

Die Gründe, Patientenzufriedenheit als wichtiges Zielkriterium aufzunehmen, sind vor allem gesundheitspolitischer und -ökonomischer Art: Gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung (Schweizerisches Krankenversicherungsgesetz von 1996), der Wettbewerb zwischen privatwirtschaftlich organisierten Versorgungsinstitutionen und ein Wandel in der

Patientenrolle zum kritischen Konsumenten machen das subjektive Urteil des Patienten als Qualitätskriterium bedeutsam (Jacob & Bengel, 2000).

Spiessl (1995, S. 46) erklärt das zunehmende Interesse an einer Erfassung der Patientenzufriedenheit zum einen mit der Kostenexplosion eines immer komplexer werdenden Gesundheitssystems und zum anderen mit den berechtigten hohen Erwartungen der Patienten an eine effiziente medizinische Versorgung.

PSYCHIATRISCHE EVALUATION

Psychiatrische Versorgung umfasst Hilfe und Unterstützung für psychisch Kranke auf zumindest drei unterscheidbaren Ebenen. Die erste Ebene bilden unmittelbare therapeutische Interventionen (z.B. antidepressive Pharmakotherapie), die zweite Ebene sieht komplexe Behandlungsprogramme vor, die dritte Ebene schliesslich ist die eines umfassenden Versorgungssystems. Einen Anspruch darauf, dass die Effekte einer Versorgung untersucht und überprüft werden, haben nicht nur Kostenträger und gesundheitspolitisch verantwortliche Instanzen, sondern vor allem auch die betroffenen psychiatrischen Patienten als potenzielle oder faktische Nutzer der Versorgung.

Diesem Anspruch entspricht auch die Forderung nach Qualitätssicherung. Müller und Thielhorn (2000) drücken dies folgendermassen aus: „Zusammenfassend stellt sich die Patientenzufriedenheit aufgrund ihrer Bedeutung für das Wohlbefinden, den Verlauf der Rekonvaleszenz und den Gesundheitszustand der betroffenen Menschen als ein wichtiges Ziel von Gesundheitsversorgung und damit als Bestandteil des Qualitätsmanagement dar“ (S. 82).

EXKURS: DER PATIENT ALS KUNDE

In der Diskussion über die Qualität im Gesundheitssystem fällt auf, dass immer häufiger der Begriff des Kunden verwendet wird. Dies jedoch ohne Begriffserläuterung, was Müller und Thielhorn (2000) in ihrem Buch „Zufriedene Kunden?“ sehr bemängeln. In Publikationen, die sich mit Themen der Gesundheitsversorgung beschäftigen, wird oftmals auf eine Begründung der Begriffswahl „Kunde, Klient oder Patient“ verzichtet. Mit einer solchen Bezeichnung sind jedoch - so die Autoren - jeweils unterschiedliche Konnotationen bzw. Rollenerwartungen verbunden: Während ein Kunde einen weitgehend freien Entscheidungsprozess durchläuft, trifft dies auch bei einem Klienten zu, mit dem Unterschied, dass der Entscheidungsprozess von einer latenten Abhängigkeit geprägt ist. Patienten hingegen nehmen

medizinische und/oder pflegerische Leistungen in Anspruch aufgrund einer Einschränkung ihrer Gesundheit. Der Bedarf ist also dringlich und unmittelbar mit der Situation der Hilflosigkeit verbunden. Patienten können krankheits- und situationsbedingt ihre Konsumentenrolle nur eingeschränkt wahrnehmen.

Auch Jacob und Bengel (2000, S. 296) sprechen davon, dass der Patient im Gegensatz zum Kunden passiver und machtloser Hilfeempfänger in einem patriarchalischen System ist. Dadurch unterscheidet sich die Rolle des Patienten von der des Kunden fundamental.

Diese Definitionen des Patienten sind meines Erachtens zu wenig weitreichend. Patienten als „hilflos“ und „eingeschränkt“ zu beschreiben, macht sie zu gleichsam nurmehr passiven Versorgungsempfängern. Ich tendiere dazu - wie auch Gerlach (2001, S. 93) oder Priebe et al. (1995, S. 140) - die Patienten als aktive Teilnehmer und nicht nur als passive Empfänger von Gesundheitsdienstleistungen zu sehen, die sehr wohl bedeutenden Einfluss auf das Geschehen haben, wie z.B. durch die Auswahl, die Nutzung oder die Ablehnung bestimmter Angebote. Die Rolle der Patienten wandelt sich heutzutage von passiven Objekten zu aktiven Partnern und Nutzern in der Versorgung, dies v.a. auch hinsichtlich der freien Arzt- und Spitalwahl seit dem neuen Krankenversicherungsgesetz KVG. Ausgenommen aus dieser Definition sind natürlich Notfallpatienten, deren Entscheidungsmöglichkeiten durch die Notfallsituation eingeschränkt sind.

Aus diesem Grund sehe ich den Patienten sowohl als Kunden als auch Klienten in einer Person vereint und gehe damit, wie auch die meisten Forschungsstudien in diesem Bereich, nicht konform mit der eingrenzenden Begrifflichkeit von Müller und Thielhorn (2000), sondern konform mit Kolb, Race und Seibert (2000), die es folgendermassen ausdrücken:

As important, these [patient satisfaction] surveys need to incorporate the individual's point of view as well as the professional's, reflect that the patient is not a passive recipient but an active participant in his or her treatment and care, and be sensitive to difficult aspects of care (S. 76).

Dies gilt selbstverständlich auch im psychiatrischen Setting, in dem der Leitgedanke ist, psychisch kranke Menschen nicht als Objekte, sondern als aktive Konsumenten eines psychiatrischen Versorgungsangebotes zu betrachten und ernstzunehmen. Bestätigt in meiner Annahme wurde ich in der Auswertung des qualitativen Teils meiner Arbeit, in dem als sich der Patient als Kunde herauskristallisierte (siehe Pkt. 5.6.2 Hypergestalt HG 4).

3.2 Kritik am Konstrukt Patientenzufriedenheit

Bei Durchsicht der Literatur zur Patientenzufriedenheit fällt auf, dass bei einer Fülle von empirischen Studien bereits der „Begriff der Zufriedenheit kaum reflektiert, vielmehr als selbstevident vorausgesetzt wird“ (Leimkühler & Müller, 1996, S. 766); Rentrop, Böhm und Kissling (1999, S. 456) bezeichnen in ihrem Übersichtsartikel die immer noch nicht gelungene eindeutige Definition des Begriffs Patientenzufriedenheit als einen Schwachpunkt der Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit.

Priebe, Gruyters, Heinz, Hoffmann und Jäkel (1995, S. 141) geben bezüglich der subjektiven Kriterien in der psychiatrischen Versorgungsforschung drei Inhaltsbereiche als bedeutsam an: die subjektive Lebensqualität, die Bedürfnisse nach Hilfe und die Unterstützung und Bewertung psychiatrischer Behandlung. Alle drei Kriterien wurden bisher als subjektives Erleben bezeichnet, welche als subjektive - im Unterschied zu objektiven Kriterien – Evaluationskriterien Berücksichtigung finden. Welches psychologische Konstrukt (Werturteile? Affekte? Haltungen? Einstellungen?) nun in diesen Bereichen erfasst wird, bleibt in der psychiatrischen Forschung unklar. Ein Motiv könnte das problematische Probandengut sein, das durch seine Erkrankung und deren soziale Auswirkung eine exakte Definition zusätzlich verkompliziert.

Ein psychologisches Konstrukt (lat. construere = bauen) ist dabei gemäss Häcker und Stapf (2000, S. 455) ein hypothetisches (theoretisches) Konstrukt, ein nicht unmittelbar fassbarer Begriff, der sich auf nicht direkt beobachtbare Entitäten oder Eigenschaften bezieht. Konstrukte sind in der reinen Beobachtungssprache nicht definierbar, werden durch Postulate eingeführt und aus einem theoretischen Zusammenhang heraus sowie mit Hilfe von beobachtbaren Ereignissen erschlossen.

Die Autoren Priebe et al. (1995) versuchen in ihrer Arbeitsgruppe, der „Frage nach dem zu erhebenden psychologischen Konstrukt [der Patientenzufriedenheit] auf möglichst einfache und praktikable Weise zu begegnen“ (S. 141): Sie betrachten das, was von den Patienten erfragt wird, schlicht als *Meinungsäußerung*. Meinungsäußerung wird als eine verbale Reaktion auf standardisierte Fragen in einer mehr oder minder vorgegebenen Interviewsituation verstanden. Man überprüft sie dabei nicht nach testtheoretischen Kriterien, und die Ergebnisse sollen nicht Rückschlüsse auf ein dahinterliegendes hypothetisches Konstrukt erlauben. Lediglich ein konkretes Verhalten soll abgebildet werden.

Die Definitionen der Patientenzufriedenheit in anderen Studien lassen ebenfalls viel Spielraum übrig: So definiert Lebow (1982) Zufriedenheit als "the extent to which treatment

gratifies the wants, wishes, and desires of clients for services" (S. 244). Gleichzeitig definierte Linder-Pelz (1982) das Konstrukt als "positive evaluations of distinct dimensions of health care" (S. 578); Pascoe (1983) postuliert, dass Zufriedenheit "an evaluation of directly received service" ist und kognitive sowie emotionale Reaktionen auf den "context, process, and result of the health encounter" involviert (S. 189). Ruggeri (1994) bestätigt den subjektiven Charakter der Zufriedenheit. Sie betont, dass dieses Element der Subjektivität "a unique opportunity in service evaluation to take account of and examine the perspective of consumers" (S. 215) sei.

Genau diese Vorgehensweise bzw. diese mangelnde Definition des Konstruktes Patientenzufriedenheit wird von den Autoren Hribek und Schmalen (2000), Jacob und Bengel (2000), Leimkühler und Müller (1996) sowie Semmler (1998) und Sheppard (1993) äusserst kritisiert.

Hribek und Schmalen (2000) führen an, dass man - da es sich bei der Patientenzufriedenheit um ein hypothetisches Konstrukt handelt - bei ihrer Messung den Umweg über beobachtbare Variablen, so genannte Indikatoren, gehen muss, die das Konstrukt mit der Realität verknüpfen. Das Kernproblem scheint eine *valide Konstruktmessung* zu sein, da es sich bei den bisher üblichen Patientenzufriedenheitsmessungen fast ausschliesslich um „ad-hoc-Studien“ (S. 211) handele, bei denen Reliabilitäts- und Validitätsgesichtspunkte nur wenig oder gar keine Beachtung finden. Schlussfolgerungen aus ad-hoc-Messungen theoretischer Konstrukte, so die Autoren weiter, sind jedoch aus wissenschaftlicher Sicht „likely to be nonsense, one-time relationships“ (Churchill, 1979; zit. nach Hribek & Schmalen, 2000, S. 211).

Das Konstruktmodell der Patientenzufriedenheit von Hribek und Schmalen (2000) basiert auf dem Expectancy-Disconfirmation-Paradigma¹⁴, das Erwartungen als Soll-Leistung verwendet und zudem laut Ruggeri (1994, S. 215) „the major conceptual model used“ in der Definition der Patientenzufriedenheit darstellt. Unter Erwartungen verstehen die Autoren die Gesamtheit aller Vorstellungen, Meinungen und Ansichten über ein Produkt oder eine Dienstleistung, die ein Nachfrager vor dem Konsumerlebnis aufweist (erwartete Leistung). Diese wird dann mit der tatsächlichen Leistung verglichen, woraus nun die wahrgenommene Leistung in den Prozess der Zufriedenheitsbildung herauskommt.

Nun folgt der Sprung über das klassische Zufriedenheitsverständnis hinaus: Das Ergebnis

¹⁴ Ein Modell, das sich immer wieder in der Konsumentenforschung finden lässt, wie beispielsweise auch in der Studie von Gotlieb, Grewal und Brown (1994).

dieses Soll-Ist-Vergleiches ist *nicht* die Zufriedenheit, sondern nur ein kognitives Zwischenergebnis. Erst die *Bewertung* dieses Zwischenergebnisses führt zur empfundenen Zufriedenheit, die gemäss den Autoren grundsätzlich als *Emotion* und bipolar konzeptioniert ist. Zufriedenheit und Unzufriedenheit sind demnach entgegengesetzte Ausprägungen ein und desselben Konstruktes (Ein-Faktoren-Theorie).

Auch Swoboda, Kühnel, Waanders und König (2000) fassen u.a. die Zufriedenheit des Patienten als Erwartungshaltung und Bewertung auf. In ihrer Studie (n = 399) fragten sie zur Erhebung der Patientenzufriedenheit am Aufnahmetag die *Bewertung* der Aufnahmesituation sowie den zu erwartenden Behandlungserfolg ab; am Entlassungstag wurde die Bewertung der Atmosphäre von den Patienten retrospektiv abgefragt.

Die *Bewertung* stellt auch bei Mees (1991) den analytischen Kern aller Emotionen dar: Die erste und offensichtlichste Implikation von Emotionen ist ihre positive oder negative Bewertung. Eine Bewertung kann dabei laut Mees als ein dreistelliger Relationsbegriff aufgefasst werden. Es können dementsprechend drei grosse Klassen von Emotionen unterschieden werden, nämlich die Ereignis-fundierte Emotionen, die Emotionen, die auf dem Tun/Lassen von Urhebern beruhen sowie die Person- bzw. Objekt-fundierte Emotionen.

Müller und Thielhorn (2000, S. 73) sehen die Patientenzufriedenheit ebenfalls als affirmativen Gefühlszustand, der das Ergebnis eines Bewertungsprozesses bzw. einer Situationseinschätzung ist. Entscheidendes Merkmal dieser zur Patientenzufriedenheit führenden Bewertungsprozesse sind die Erwartungen und Überzeugungen der Menschen bezüglich ihrer gesundheitlichen Versorgung. Dazu müssen Entscheidungs- und Handlungskonzepte der Patienten sehr gut beleuchtet werden; ein Aspekt, der - so die Autoren - in der Literatur noch nicht ausreichend geklärt ist (siehe auch Ruggeri, 1994, S. 219).

Leimkühler und Müller (1996) stimmen zwar mit Hribek und Schmalen (2000) bezüglich einer umfangreicheren Definition des Zufriedenheitsbegriffes überein, jedoch nicht mit ihrem Konstruktmodellansatz. Eine Konzeption von Zufriedenheit als kognitiver Faktor und einer Funktion von Bewertung und Erwartung werde den empirischen Sachverhalten nicht gerecht. Die Autoren stellen verschiedenste Ansätze zur Zufriedenheitsbildung vor (psychologische, soziologische Emotionstheorien, Konzepte aus der Wohlbefindensforschung und Sozialpsychologie etc.) und kommen zum Schluss, dass Zufriedenheit ein Produkt eines

komplexen psychosozialen Regulationsprozesses ist, der stärker von subjektiven als von objektiven Kriterien geprägt ist. Es sei zu bezweifeln, so die Autoren, ob die Zufriedenheit von Patienten und die Bewertung medizinischer Versorgung durch die Patienten tatsächlich identische Phänomene sind.

Zudem müssten laut den Autoren Zufriedenheit und Bewertung auch empirisch als zwei getrennte Dimensionen behandelt werden. Ebenso müssen auch Zufriedenheit und Unzufriedenheit - im Unterschied zur Konsumentenzufriedenheit, wie es auch von Hribek und Schmalen (2000) befürwortet wird - als zwei voneinander getrennte Dimensionen aufgefasst werden, da sich Zufriedenheit nicht durch die Abwesenheit von Unzufriedenheit erklärt. Damit postulieren sie, dass subjektive Bewertungen objektiver Tatbestände nicht über den Begriff der Zufriedenheit operationalisiert werden können (auch wenn dieser auf eine Meinungsäußerung reduziert wird).

Derselben Meinung ist auch Semmler (1998), der Patienten am Entlassungstag in anonymisierter Form mit einem selbstentworfenen Fragebogen befragt hat. Die Ergebnisse belegen die aus vergleichbaren Studien bekannten Resultate, wonach die Patientenzufriedenheit eher besser zu sein scheint als angenommen. Der Autor nimmt an, dass die bisherigen Studien zur Messung der Patientenzufriedenheit methodisch bereits durch ein relativierendes Antwortverhalten unbrauchbar sind; ein Grund, warum auch aus den bisherigen Untersuchungen immer wieder ähnliche Gesamtergebnisse geliefert werden. Es wird, so der Autor, lediglich ein *freundliches Antwortverhalten* abgebildet, welches die Inhalte nicht wirklich widerspiegelt.

Dementsprechend kommen die Autoren beider Studien (Leimkühler & Müller, 1996; Semmler, 1998) zum Schluss, dass das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ nicht geeignet ist, als Indikator für Qualitätssicherung zu dienen. „Die „Zufriedenheit“ von Patienten ist folglich kein gültiger Indikator für die Qualität der Versorgung“ (Leimkühler & Müller, S. 772).

Wie auch Jacob und Bengel (2000, S. 295) ausführen, besteht in der Literatur keine Einigkeit darüber, ob Zufriedenheit als Kognition oder als Emotion zu konstruieren ist. Erwartungen sind Kognitionen, Zufriedenheit kann dagegen sowohl als - durch Emotionen beeinflussbares - kognitives Werturteil als auch als Emotion verstanden werden. Darüberhinaus ist die implizite Annahme, dass es sich bei Zufriedenheit um ein eindimensionales Konstrukt mit den Polen „Zufriedenheit“ und „Unzufriedenheit“ handelt. Mit einem Modell von Bruggemann et al. (1975; zit. nach Jacob & Bengel, S. 295) können qualitativ verschiedene Formen der Unzufriedenheit und Zufriedenheit gezeigt werden.

Entgegen der Annahme von Hribek und Schmalen (2000), die Zufriedenheit mit dem Expectancy-Disconfirmation-Paradigma erklären, spricht die Tatsache, dass, auch wenn die Personen über Zufriedenheit berichten, nicht immer tatsächlich ihre Erwartungen erfüllt worden sind. Sie könnten auch „resignativ zufrieden“ sein, eine „Zufriedenheit“, die bei permanenter Nichterfüllung von Erwartungen entsteht. Umgekehrt lässt sich auch über eine „konstruktive Unzufriedenheit“ berichten, die Personen veranlasst, sich aktiv um eine Verbesserung zu bemühen.

Zufriedenheit und Bewertung als zwei voneinander getrennte Dimensionen zu behandeln, wie dies Leimkühler und Müller (1996) vorschlagen, halte ich für sinnvoll. In einem von Jacob und Bengel (2000, S. 293) vorgestellten Modell von Williams et al. (1998) wird ebenfalls eine Trennung von Zufriedenheitsurteil und Bewertung geleistet. Es wird davon ausgegangen, dass eine negative Bewertung der Behandlung nur dann zu einem Unzufriedenheitsurteil führt, wenn für den betreffenden Patienten die nicht ausreichend erbrachte Leistung unter die Pflichten des Arztes fällt und er ihn dafür persönlich verantwortlich macht.

Ruggeri und Dall'Agnola (1993) gehen sogar so weit, dass sie strikt zwischen Erwartungen und Zufriedenheit trennen. Sie entwickelten dazu zwei Instrumente: die Verona Expectations for Care Scale (VECS), welche Erwartungen abbildet, und die Verona Service Satisfaction Scale (VSSS), welche Zufriedenheit abfragt (siehe auch Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente).

In Bezug auf den Begriff Patientenzufriedenheit gehe ich konform mit den Autoren Jacob und Bengel (2000) sowie Ruggeri und Dall'Agnola (1993), die sowohl Erwartungen und Ziele als auch Bewertungen und Zufriedenheit als sehr komplexe Konstrukte sehen, denen das „einfache Modell *Patientenzufriedenheit = Erwartungserfüllung - Erwartungen* [Hervorhebung v. Verf.] nicht gerecht wird“ (S. 296), dies im Unterschied zum Konstruktansatz von Hribek und Schmalen (2000) und Mees (1991). Oder wie Callan und Littlewood (1998) angeben „Despite attempts to develop a global index of satisfaction derived from different aspects of care, there is little evidence to suggest that patient satisfaction is only a unitary concept“ (S. 2).

Die Validität als Ausdruck der Zufriedenheit durch Patienten sowie als Mittel zur Qualitätssicherung ist meiner Ansicht nach grundsätzlich nicht fragwürdig. Fragwürdig ist nurmehr der Einsatz von nicht überprüften selbstkonstruierten Messinstrumenten, bei denen Reliabilitäts- und Validitätsgesichtspunkte nur wenig oder gar keine Beachtung finden. In solchen Ad-hoc-

Studien wird tatsächlich nurmehr, wie Semmler (1998) postuliert, relativierendes Antwortverhalten gemessen.

Patientenzufriedenheit stellt sich meines Erachtens als Konglomerat verschiedenster Indikatoren zusammen. Beim Abfragen von Patienten muss deshalb darauf geachtet werden, dass der Begriff der „Zufriedenheit“ ersetzt wird durch das Abfragen ganz bestimmter Ereignisse, deren Erwartungen und deren nachträglichen Bewertungen. Erst dadurch lässt sich der Begriff der Zufriedenheit in einzelne Faktoren aufsplitten, die dann wiederum in konstruktiver Weise als „Zufriedenheit“ zusammengefügt werden können. Wie „zufrieden“ der Patient mit der Betreuung durch das Personal war, hat eine geringere Aussagekraft gegenüber der Frage nach definitiven Ereignissen, wie beispielsweise „Wenn Sie Hilfe brauchten und die Klingel betätigten, kam dann sofort Hilfe?“

Nichtsdestotrotz bin ich der Meinung, dass erheblicher Forschungsbedarf bezüglich des Konstruktes Patientenzufriedenheit besteht. Dabei sollen die (möglichen) Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit untersucht werden, wie beispielsweise das Konzept der Erwartungen hinsichtlich seiner Abhängigkeit zu individuellen Faktoren wie soziodemografische Daten, sein Zusammenhang mit Bewertungen, der Beitrag von Personmerkmalen und individuellen Vorerfahrungen oder die wahrgenommene Versorgungsqualität. Patientenzufriedenheit als Multidimensionalitätsbegriff aufzufassen, ist dabei wesentlich (Pascoe, 1983; zit. nach Rentrop et al., 1999).

Patientenzufriedenheit ist für die Versorgung hochrelevant und wird im Rahmen der zunehmenden Kundenorientierung im Gesundheitswesen immer wichtiger. Die Situation, so Coulter (2000, S. 157), in der Patientenbefragungen nur benützt worden sind, um zu sagen, dass "95 % der Patienten" zufrieden sind, beginnt sich in vielen europäischen Ländern zu verändern. Anwender tendierten dazu, den finanziellen Aspekt im Vordergrund zu sehen und Patienten als gleichwertige Partner einzubeziehen.

Das Konstrukt Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator herzunehmen, ist meines Erachtens dann legitim, wenn nicht eine globale Patientenzufriedenheit als unmittelbares Evaluationskriterium, sondern zu der Evaluation von Einzelaspekten eines Behandlungsangebotes herangezogen wird (siehe auch Gruyters & Priebe, 1992). Dabei sollen Studien zur Patientenzufriedenheit über eine Sammlung von Korrelationen hinausgehen und sich an teststatistischen Kriterien orientieren. Qualitative Ansätze sollen dabei laut Jacob und Bengel (2000) mehr Berücksichtigung erhalten, um sehr komplexe subjektive Komplexe, wie es hier der Fall ist, adäquater zu erfassen als mit vorgegebenen Fragebogenitems.

3.3 Studien zur Patientenzufriedenheitsmessung

Die meisten Studien zur Patientenbefragung stammen aus dem angloamerikanischen Raum, in dem Patientenbefragungen eine jahrzehntelange Tradition haben. Eine führende Rolle bei der Durchführung von Patientenbefragungen in den USA hat laut Gerlach (2001, S. 94) das Picker Institute in Boston inne. Statt Zufriedenheit abzufragen, werden in standardisierten Studien Problemhäufigkeiten bzgl. definierter Indikatorenereignisse ermittelt, die sieben aus Patientensicht essenzielle Qualitätsdimensionen (Zugang zur Versorgung, Rücksicht auf individuelle Präferenzen; Koordination der Behandlung; Information; physisches Wohlbefinden; emotionale Zuwendung; Einbeziehung von Familie; Kontinuität der Versorgung) berücksichtigen (z.B. Cleary et al., 1991).

In den meisten Studien zur Patientenbefragung zeigt sich ein positives Bewertungsbild der Patienten in somatischen Kliniken (Cleary & McNeil, 1988; Cleary et al., 1991; Cleary et al., 1993; Eysers, Brodaty, Roy, Parker, Boyce, Wilhelm, Hickie & Mitchell, 1994; Dufrene, 2000; Langewitz et al., 1995). Gerteis (1993) berichtet sogar über eine Zufriedenheit von 80 % in ihrer in den USA an 62 Spitälern durchgeführten Studie mit n = 6 000 Patienten (Messinstrument Picker Fragebogen).

Auch die systematische Erfassung der Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Institutionen zeigt durchgängig eine positive globale Bewertung durch ihre Patienten (Bhugra, Grenade & Dazzan, 2000; Gjerden, 1997; Holmes, Dawson, Beaty & Newnes, 1998; Keller et al. 2000; Moutoussis, Gilmour, Barker & Orrell, 2000; Polowczyk, Brutus, Orvietto, Vidal & Cipriani, 1993; Gruyters & Priebe, 1992; Sandlund & Hansson, 1999; Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989; Semmler, 1998; Singh, Chadda & Bapna, 2000); dies sogar, wenn stationäre psychiatrische Patienten die Behandlung durch Studenten der Medizin bewerten (Black & Church, 1998). Ebenso berichten die Autoren Kaplan, Busner, Chibnall und Kang (2001) über eine hohe Zufriedenheit der befragten 166 Kinder bzw. Eltern in der Patientenzufriedenheits-Erhebung an einer psychiatrischen Kinder- und Jugendklinik.

Patientenzufriedenheitsforschung wird durch methodische und inhaltliche Probleme relativiert. Ausgangspunkt für Patientenbefragungen in psychiatrischen Institutionen war insbesondere die Forschung in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen im angloamerikanischen Raum, die aufgrund von finanziellem Druck und Rechtfertigungsdruck vielfältige Evaluationsbemühungen zur Folge hatte. Dies verstärkte einerseits den Evaluationsdruck bestehender psychiatrischer Einrichtungen, sorgte jedoch andererseits für ein Klima

der Neuorientierung und Veränderung psychiatrischer Einrichtungen auf der Basis der Nutzer-/Patientenperspektive.

Demgegenüber liegen bisher nur sehr wenige, meist fragmentarische Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum zur Behandlungsbewertung in hiesigen psychiatrischen Institutionen vor (Faehndrich & Smolka, 1998; Freudenmann & Spitzer, 2001; Rentrop, Böhm & Kissling, 1999; Ruggeri, 1994; Spiessl, Cording & Klein, 1995; Swoboda, Assadzadeh, Kühnel & Waanders, 1997; Swoboda, Kühnel, Waanders & König, 2000). Oder anders ausgedrückt: Die meisten Untersuchungen stammen aus dem angloamerikanischen Raum, betreffen aber - auch im deutschsprachigen Raum - selten psychiatrische Patienten. Dies wird z.T. damit erklärt, dass es in der Psychiatrie schwieriger als in somatischen Fächern ist, reliable und aussagekräftige Qualitätsindikatoren zu benennen, so die Autoren Rentrop et al. (1999).

Unabhängig von Diagnose und Gesundheitssystem ergibt sich bei Befragen der globalen Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung bzw. dem Klinikaufenthalt durchgängig eine hohe Zufriedenheit der Patienten – dies, nebenbei erwähnt, als Widerspruch zu der verbreiteten Meinung, dass psychiatrische Patienten kritischer als somatische Patienten sind (siehe Gabek Gestalt HG 10, Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten).

Die Werte von Patientenzufriedenheits-Umfragen sind durchgängig sehr hoch (Gruyters & Priebe, 1994; Jacob & Bengel, 2000; Leimkühler & Müller, 1996; Spiessl, 1995; Spiessl, Kirschker, Spindler, Cording & Klein, 1996) und die Varianz gering, was natürlich die Verwendbarkeit der Ergebnisse in Frage stellt. Gruyters und Priebe (1994, 1995) zeigten in ihren Übersichtsartikeln, dass in den bis dahin durchgeführten Studien *zwischen 56 % und 100 % der befragten psychiatrischen Patienten aus sehr verschiedenen psychiatrischen Settings mit der jeweiligen Behandlung zufrieden waren*. Dabei schätzten die Patienten die Behandlung oft positiver ein, als es die Therapeuten vermuteten.

Priebe (1993) erwähnt beispielsweise in seinem Artikel, dass die Befunde von Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Institutionen aus methodischen Gründen nur bedingt vergleichbar sind; die Erfassungsmethoden der Behandlungsbewertung sind recht unterschiedlich, die Selektion der befragten Patienten bleibt zumeist unkontrolliert, die Stichproben sind inhomogen und die Beziehung zwischen Untersucher und Behandler ist - zumindest für den Patienten - häufig unklar. Dennoch kann als gesichert gelten, dass psychiatrische Patienten ihre Behandlungen mit Ausnahme restriktiver

Massnahmen überwiegend positiv beurteilen und in der Mehrzahl mit der Behandlung zufrieden sind.

Wird jedoch differenzierter nach einzelnen Aspekten der materiellen, professionellen und psychosozialen Versorgung gefragt, zeigen sich durchaus Differenzen zur Globalzufriedenheit, so dass z.B. Patienten mit ihrem Spitalaufenthalt insgesamt zufrieden sind, jedoch die Hälfte von ihnen gerne mehr Informationen erhalten hätte (Raspe, 1983; zit. nach Leimkühler & Müller, 1996, S. 766).

In den folgenden Punkten werden auf diese Faktoren, die die Patientenzufriedenheit bzw. Patientenbewertung beeinflussen, näher eingegangen. Vorrangig soll jedoch auf bereits bekannte Messinstrumente der Patientenzufriedenheit eingegangen werden.

3.4 Bestehende Messinstrumente

„The major problem in the field of satisfaction research is the inadequacy of the instruments used in the vast majority of studies“ (Ruggeri, 1994, S. 222).

So einheitlich und erstaunlich der Befund der hohen Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ist, so vielfältig sind die Erhebungsmethoden: Eine Fülle von meist selbstentwickelten, wenig überprüften Instrumenten reicht von zusammenfassenden Globalbeurteilungen bis hin zu Bewertungen ausführlich erhobener Einzelaspekte.

So fand ich in der Literatur sehr viele selbstentwickelte „lokale“ (Gjerdén, 1997, S. 235) Instrumente zur Erfassung der Patientenzufriedenheit, auf die ich im Einzelnen wegen mangelnder Überprüfung derselben nicht eingehen möchte. Generell ist, so Spiessl, Cording und Klein (1995), ein Vergleich der Studien nur eingeschränkt möglich, da sich je nach Fragestellung Methoden, Evaluationszeitpunkte, Behandlungssettings und Patientenspopulationen unterscheiden, wobei sich - ungeachtet dieser unterschiedlichen Untersuchungsdesigns und -instrumente - regelmässig eine generelle Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Behandlung zeigt.

Die selbstentwickelten Instrumente wurden nicht hinsichtlich der Testgütekriterien überprüft, nur wenigen Studien wurde eine repräsentative Stichprobe zugrundegelegt. Dabei wurden nur wenige Fragen gestellt oder eine detaillierte Liste meist intuitiv ausgewählter Items und Statements den Patienten vorgelegt.

Leimkühler und Müller (1996) sind sogar der Meinung, dass

... im ganzen es der immerhin mehr als 20 Jahre währenden Patient-satisfaction-Forschung an einer standardisierten änderungssensitiven Methodik, an einer theoretischen Fundierung sowie an kontrollierten Studien mangelt, so dass ihr bisheriger Nutzen darin liegt, die methodischen und theoretischen Defizite eines in der Regel pragmatisch und routinemässigen Vorgehens aufgezeigt zu haben (S. 767).

Im Folgenden werde ich auf die am häufigsten sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich verwendeten Messinstrumente eingehen¹⁵.

1. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)

Ein häufig verwendetes Verfahren zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit ist das Client Satisfaction Questionnaire CSQ (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979), ein validiertes, reliables und ökonomisches Messinstrument, das in seiner deutschen Adaptierung (ZUF Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, siehe weiter unten) bereits bei über 3 600 Patienten (davon 493 psychiatrische Patienten) in elf Staaten überprüft wurde und auch in etlichen Studien jüngeren Datums eingesetzt wird (Gill, Pratt & Librera, 1998; Perreault, Paquin, Kennedy, Desmarais & Tardif, 1999; Polowczyk et al., 1993; Watson & Leathem, 1996). Dies, obwohl Baker, Zucker und Gross (1998) das CSQ als „limited and global“ (S. 54) bezeichnen.

Die Autoren haben mit der 8-Item-Fassung des CSQ ein Untersuchungsinstrument zur Erfassung der generellen Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Klinikbehandlung vorgelegt (Koeffizient-Alpha von 0.92). Als Skala dient eine vierstufige Antwortauswahl, ohne neutrale Position. Spätere Versionen des CSQ bieten mit einer 18- bzw. 31-Item-Version (CSQ-18; CSQ-31) die Möglichkeit zu einer besseren Erfassung einzelner Aspekte der Patientenmeinung.

Die Items der deutschen Fassung des CSQ, des ZUF-8, sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

¹⁵ Die Aufzählung ist nicht abschliessend und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

2. Zufriedenheitsfragebogen (ZUF-8)

Schmidt, Lamprecht und Wittmann (1989; siehe auch Schmidt, Nübling, Lamprecht & Wittmann, 1994) übersetzten nun das Client Satisfaction Questionnaire CSQ. Nach dem Vorbild des bekannten amerikanischen CSQ-Messinstrumentes wurde ein 17 Zufriedenheits-Items umfassender Fragebogen entwickelt und 300 Patienten einer Psychosomatischen Klinik vorgelegt (die Rücklaufquote lag bei etwa 80 %). Spezielles Ziel war die Entwicklung und Erprobung eines globalen Zufriedenheitsfragebogens, insbesondere die Adaption eines ökonomischen und reliablen Kurzfragebogens (8 Items) nach dem CSQ-8-Vorbild.

Der Fragebogen wurde aus allen acht übersetzten Items des CSQ-8 konstruiert, mit zusätzlich zwei Items aus dem CSQ-18A, vier Items aus dem CSQ-18B und vier neuen Items, die den Autoren als für den stationären Bereich relevant erschienen. Der Fragebogen wurde item- und faktorenanalytisch überprüft. Die Adaption der CSQ-8 Items erwies sich als relativ unproblematisch.

Verschiedene Itemanalysen ergaben für die untersuchten Skalen ähnliche psychometrische Eigenschaften wie in vergleichbaren holländischen Untersuchungen (Larsen et al., 1979). Die Gesamtskala und die Kurzska­la ZUF-8 zeigten dabei einen hohen Grad an interner Konsistenz ($\text{Alpha} > .85$), korrelierten miteinander substanziell (.95) und wiesen deutlich linksschiefe Verteilungen auf.

Die Autoren konnten nachweisen, dass mit dem Kurzfragebogen ZUF-8 ein ökonomisches und reliables Messinstrument der generellen bzw. allgemeinen Zufriedenheit vorhanden ist. Schmidt et al. (1989) legten jedoch Wert darauf, dass der ZUF-8 keine wörtliche Übersetzung des Original-CSQ-8 ist, sondern vielmehr „ein Adaptionsversuch“ (S. 254).

Im Rahmen der Studie von Spiessl et al. (1996) waren die Autoren daran interessiert, den ZUF-8 auch auf seine Brauchbarkeit zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Fachkrankenhäusern zu prüfen, wobei sie den ZUF-8 als Messinstrument verwendeten. In ihrer Erhebung bei den befragten psychiatrischen Patienten ($n = 316$) zeigte sich, dass der ZUF-8 und seine Kurzform (eine von ihnen entwickelte Kurzform mit den drei am höchsten in der Faktorenanalyse ladenden Items 1, 5 und 7 des ZUF-8) geeignet erscheinen, die Patientenzufriedenheit als Indikator der Ergebnisqualität reliabel und valide zu erheben.

Auf Kritik stösst der ZUF-8 in einer Studie von Keller et al. (2000), in der die Autoren 138 Depressive in stationärer Behandlung mit dem ZUF-8 nach ihrer Zufriedenheit befragten. Bei den Ergebnissen zeigte sich, dass die ZUF-8-Skala zwar homogen ist, aber eine deutliche Verschiebung zu hohen Zufriedenheitswerten aufweist. Die ohnehin hohen Werte von Depressiven sind noch weiter nach oben verschoben. Durch diesen Deckeneffekt besteht bei allen Items keine Normalverteilung und die Varianz ist damit nur bedingt aussagekräftig. Zusammenfassend kann, so die Autoren, geschlossen werden, dass Depressive gemäss der ZUF-8 insgesamt sehr zufrieden sind und so gut wie keine negativen Bewertungen abgeben. Wegen der geringen Differenzierungsfähigkeit scheint die Skala laut den Autoren daher kein besonders geeigneter Indikator für die Qualität stationärer Behandlung bei Depressiven zu sein.

Die extrem linksschiefe Werteverteilung des ZUF-8, welche einerseits für eine sehr grosse Zufriedenheit der Patienten spricht, andererseits jedoch möglicherweise auf einen Deckeneffekt des Instruments hinweist, führen auch Hannöver, Dogs und Kordy (2000) in ihrer Studie an.

Die kritischen Einwände bezüglich des ZUF-8 versuche ich in meiner Studie zu überprüfen: Die 8 Items des ZUF-8 scheinen in meinen Pilot-Fragebogen auf, da sie Bestandteil des ebenfalls in meinen Pilot-Fragebogen eingebauten Zürcher Fragebogens zur Patientenzufriedenheit sind (siehe auch Pkt. 8.2 Einbezug des Zürcher Fragebogens ZFB).

Die Items des ZUF-17 (inklusive ZUF-8) sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

3. Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien (ZFB)

Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien beinhaltet den ZUF-8 und ist in meinen Pilot-Fragebogen integriert. Nähere Ausführungen dazu befinden sich unter Pkt. 8.2 Einbezug des Zürcher Fragebogens (ZFB).

4. Verona Expectations for Care Scale (VECS) and Verona Service Satisfaction Scale (VSSS)

Ruggeri und Dall'Agnola (1993) haben - begründet auf der Mehrdimensionalität von Zufriedenheit - für *gemeindepsychiatrische Einrichtungen* zwei Instrumente entwickelt: Einerseits ein Instrument, um Erwartungen von psychiatrischen Patienten bezüglich den Einrichtungen zu erheben (Verona Expectations for Care Scale VECS); andererseits ein

Instrument, um deren Zufriedenheit mit den Einrichtungen zu erheben (Verona Service Satisfaction Scale VSSS). Grundlage für die Entwicklung der VSSS bildete die Service Satisfaction Scale (SSS-30) von Greenfield und Attkisson (1989a; Attkisson und Greenfield, 1994), die wiederum auf der Basis des Consumer Satisfaction Questionnaire CSQ entwickelt wurde.

Beide Instrumente, sowohl die VECS als auch die VSSS, wurden in drei einander ähnelnden Versionen konstruiert: einer Version für Patienten (VECS-P bzw. VSSS-P), einer Version für Angehörige (VECS-R bzw. VSSS-R) und einer Version für das Personal (VECS-S bzw. VSSS-S). Ebenso bestehen beide Instrumente aus drei Sektionen: einerseits einer Aufforderung, die fünf wichtigsten Indikatoren an Patientenerwartung bzw. Patientenzufriedenheit zu benennen sowie - in Sektion 2 - Items zu Erwartungen und Zufriedenheit in einer 5-Punkt-Likertskala zu beurteilen (Fragebogen); andererseits folgen in der dritten Sektion offene Fragen zu den beiden Themenbereichen.

Beide Skalen weisen gute Inhaltsvalidität und Test-Retestreliabilität auf. Zu bemerken ist, dass nurmehr 75 psychiatrische Patienten, 76 Angehörige und eine nicht genannte Anzahl von Pflegepersonen in der Entwicklungsstudie involviert waren. Zudem wurden nur Patienten berücksichtigt, die bei ihren Familie lebten. Einige Redundanz zeigte sich zwischen den Indikatoren und den Items im Fragebogen. Nachteilig ist natürlich eine Evaluation nur im gemeindepsychiatrischen Umfeld, wie Spiessl et al. (1999, S. 3) meinen.

Die sieben mit der VSSS erfassten Bereiche sind allgemeine Zufriedenheit, Verhalten und professionelle Fähigkeiten der Angestellten, Information, Zugang zur Behandlung, Effektivität, Behandlungsangebot und Einbindung der Angehörigen¹⁶.

Die durch Faktorenanalyse zustande gekommenen sieben Dimensionen der VSSS und VECS sind detailliert im **Anhang A 1** ersichtlich. Die 82 Items befinden sich stichwortartig im Appendix der Studie Ruggeri et al. (1996) und werden aus Platzgründen nicht einzeln aufgelistet.

1996 teilten Ruggeri, Dall'Agnola und Bisoffi die Skala VSSS-82 in zwei reduzierte Versionen auf: einer 54-Item Skala in der detaillierte Zufriedenheit mit bestimmten Bereichen gefordert wird, und einer 32-Item Skala, mit der routinemässig eine globale Zufriedenheit erhoben werden kann. Die vorgängig sieben Dimensionen wurden auf fünf Dimensionen reduziert.

¹⁶ Diese Bereiche finden sich bereits in der Fragebogenentwicklung von Ware, Snyder und Wright (1976; zit. nach Meric, 1994).

Diese fünf Dimensionen des VSSS sind ebenfalls im **Anhang A 1** ersichtlich.

5. The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire (PCSQ)

Die 18 Items des PCSQ wurden von Barker und Orwell (1999) aus früheren Forschungsergebnissen (Barker, Sukhwinder, Higginson & Orrell, 1996), aus Eindrücken von Psychiatern und Krankenpflegepersonal und aus Interviews mit Patienten gebildet. Die Antwortmöglichkeiten auf die 18 Feststellungen sind in einer 5-Punkt-Likertskala mit den Ausprägungen „strongly agree, agree, uncertain, disagree, strongly disagree“ dargestellt. Den Schluss des PCSQ bildet eine offene Kommentarfrage.

Validitätsbestimmung erfolgte durch Korrelation mit dem Client Satisfaction Questionnaire CSQ sowie der Scale for the Measurement of Satisfaction with Medical Care SMSMC. Der Spearman Korrelationskoeffizient verglichen mit dem CSQ lag bei 0.72, und verglichen mit der SMSMC bei 0.82. Die Test-Retestreliabilität lag bei 0.48 - 0.80 (Cohen's); die interne Konsistenz bei 0.82 (Cronbach's Alpha).

Zu bemängeln ist sicherlich die sehr geringe Anzahl an Probanden. Gerade mal 52 psychiatrische stationäre Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, in der Studie von 1996 waren es 137 Patienten. Zudem finden sich keine Items bezüglich Infrastruktur und Hotellerie sowie zu viele Items bezüglich Zufriedenheit mit Psychiatern, hingegen nur sehr wenige bezüglich des Personals und keine bezüglich Therapeuten. Auch Fragen über die Nebenwirkungen der Medikamente fehlen gänzlich.

Obwohl die oben erwähnten wichtigen Aspekte nicht berücksichtigt wurden, stellt der PCSQ meiner Meinung nach ein nützliches Instrument als genereller Indikator dar, jedoch kein umfassendes Zufriedenheitserfassungs-Instrument. Die Items des PCSQ sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

6. Der Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF)

In der Studie von Langewitz, Keller, Denz, Wössmer-Buntschu und Kiss (1995) wurde die deutsche Übersetzung des vom „American Board of Internal Medicine“ herausgegebenen Patient Satisfaction Questionnaire in seiner 14-Item-Version zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung (n = 257) eingesetzt. Bei den Antwortmöglichkeiten müssen sich Patienten auf einer 5-Punkt-Likertskala zwischen den Polen „sehr einverstanden“ und „gar nicht

einverstanden“ entscheiden. Für die Originalversion des von ihnen eingesetzten Fragebogens liegt das Cronbach's Alpha zwischen .81 und .92.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der PZF nicht geeignet ist, Interventionsprogramme zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation gezielt einzusetzen. Sein Einsatz als Evaluationsinstrument wird von den Autoren als fraglich bezeichnet, da bereits vor der Intervention hoch zufriedene Werte gemessen werden.

Im Patientenzufriedenheitsbogen geht es nurmehr um das ärztliche Gespräch; andere Bereiche wie Koordination, Behandlungen, Personal etc. werden nicht angesprochen. Die Items des PZF sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

7. Carers' and Users' Expectations of Services – User version (CUES-U)

Das Instrument wurde 2001 von Lelliott, Beevor, Hogman, Hyslop, Lathlean und Ward bezüglich Beurteilung der Erfahrungen von Benützern von diversen psychiatrischen Dienstleistungen (mental health services) entwickelt.

Nach eingehender Literaturrecherche und zwei Fokusgruppen von Benützern ($n = 7$) wurden aus dem gebildeten Itempool mit verschiedenen Bereichen wie Patientenzufriedenheit oder Lebensqualität relevante Items extrahiert und zu einem Fragebogen mit 17 Items, dem CUES-U, zusammengefügt. Der CUES-U wurde von insgesamt 449 Benützer von 32 Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen ausgefüllt und ergab eine gute Test-Retest-reliabilität; die CUES-U korreliert signifikant mit der Health of the Nations Outcome Scales (Spearman's $= .42$; $p < .01$). Die Autoren bemängeln, dass das Instrument nicht als Ergebnisindikator gemessen wurde.

Die Bereiche des CUES-U sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

8. Perception of Care (PoC-18)

Die PoC-Skala (Eisen, 1997; zit. nach Lorenz, 2001) wurde speziell zur Erfassung der Zufriedenheit psychiatrischer Patienten in allen Versorgungsbereichen und über alle jugend- und erwachsenenpsychiatrischen Programme entwickelt. In einer amerikanischen Multi-centerstudie mit 14 beteiligten Institutionen wurden total 5 180 Patienten eingeschlossen. Die Gesamtreliabilität umfasst .88, die interne Konsistenz wurde mit .87 bestimmt. Studien zur Konstruktvalidität und zur konvergenten Validität fehlen noch.

Die wesentlichsten Bereiche, die die PoC-Skala erfasst, sind die Informationsqualität, die Kommunikationsqualität, die Kontinuität der Versorgung, die Gesamtbeurteilung und die Einrichtung. Die 18 Items des PoC-18 sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

9. Kentucky Consumer Satisfaction Instrument (KY-CSI)

Dieses Instrument wurde für die Erhebung der Konsumentenzufriedenheit (Consumer Satisfaction) im psychiatrischen Bereich entwickelt (Howard et al., 2001). Es wurden 189 stationäre psychiatrische Patienten kurz vor ihrer Entlassung aus einer öffentlichen Psychiatrie in Kentucky befragt. Das dabei eingesetzte Instrument KY-CSI wurde vorab aus den Ergebnissen von 186 Kurzinterviews (Auswertung mittels Inhaltsanalyse) gebildet.

Das Instrument basiert auf der Theorie von Maslow, die besagt, dass die menschliche Motivation, Grundbedürfnisse zu erfüllen, über den Kontext von Belohnung und Mangel hinausgeht. Die Umwelt und Interaktion mit anderen beeinflusst die Belohnung bzw. den Mangel.

Mit diesem theoretischen Hintergrund und Interviews mit Patienten entstand ein Fragebogen, dessen Inhaltsvalidität durch Vorlage an Personal und Patienten erreicht wurde. Die Faktorenanalyse zeigte, dass das 19-Item umfassende Instrument unidimensional ist mit einem Cronbach's Alpha von .90. Die Faktoren sowie Items des KY-CSI sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

10. External Patient Satisfaction Survey (EPSS)

Dufrene (2000) entwickelte mit 801 entlassenen somatischen Patienten anhand von Telefoninterviews zwei bis sechs Wochen nach Entlassung einen 45-Item umfassenden Fragebogen (mit drei- bis fünfstufigen Likert-Skalen). Die ursprünglichen Items (Inhaltsvalidität) konnten aufgrund des Forschungsstandes gewonnen werden. Insgesamt wurden sechs Faktoren (Cronbach's Alpha .85 oder höher) extrahiert.

Die Autorin betont ausserdem, dass es wünschenswert wäre, wenn bereits vorhandene Instrumente nach einem einheitlichen Muster evaluiert würden, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen. Zudem ist sie der Meinung, dass „the development and use of valid and reliable instruments that report patient feedback is necessary to accurately identify the construct of patient satisfaction“ (S. 294).

Die sechs Faktoren und die Items des EPSS sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

11. Service Satisfaction Scale (SSS)

Ein Untersuchungsinstrument mit dem ausdrücklichen Ziel eines Einsatzes sowohl in der somatischen Medizin als auch in der Psychiatrie stellten Greenfield und Attkisson 1989 (zit. nach Rentrop et al., 1999, S. 457) mit dem Service Satisfaction Scale (SSS) vor. Auf Grundlage des CSQ ist der SSS ein 15- bis 38-Item-Instrument, das über die Identifikation allgemein unzufriedener Patienten hinaus einzelne Bereiche wie etwa die Arzt-Kommunikation erfassen soll.

Ruggeri (1994) definiert den Einsatz der SSS wie folgt: „The SSS-30 can be considered an excellent instrument for cross-setting studies or studies in general practice but, though being a substantial improvement on previous questionnaires, may not assess some domains of specific importance in a variety of mental health setting-specific studies“ (S. 223).

12. Münsterlinger Fragebogen

Der Fragebogen wurde von der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (Borst, 2000) entwickelt und von der kq Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse auf die Liste der evaluierten und verabschiedeten Instrumente zur Messung der Patientenzufriedenheit im Bereich Psychiatrie aufgenommen.

Der Fragebogen umfasst Feststellungen (Statements), die mit einer siebenstufigen Likertskala mit den Ausprägungen „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ bewertet werden können. Die Itemsammlung entstand aus bereits vorhandenen Fragebögen, durch Ableitung aus vorliegenden Theorien und Literaturstudium sowie aus eigenen Erfahrungen im Umgang mit den Patienten.

Die Skalen Personal, Medikamente, Information, Stationsmilieu, Infrastruktur und Therapie wurden inhaltlich vorgebildet und anschliessend faktorenanalytisch bestätigt. Sie erwiesen sich als zufriedenstellend homogen und reliabel (Cronbach's Alpha > .5). Die Items des Münsterlinger Fragebogens sind im **Anhang A 1** ersichtlich.

Auf die folgenden Instrumente wird nur kurz eingegangen, dies v.a. wegen statistischen und methodischen Mängeln, inhaltlichen Beschränkungen und/oder fehlenden validen Über-

setzungen des Originalinstrumentes. Sie sind deshalb angegeben, um auf die bereits erwähnten Probleme bei bestehenden Messinstrumenten nochmals explizit hinzuweisen.

Patient Satisfaction Survey

Parker, Wright, Robertson und Gladstone (1996) entwickelten einen Fragebogen mit 62 Items für psychiatrische ambulante Patienten, wobei aus dem Artikel nicht ersichtlich ist, wie die 62 Items zustande gekommen sind. Die Items wurden anschliessend von 172 Patienten nach ihrer Wichtigkeit beurteilt. Es kristallisierten sich vier Faktoren heraus: Arzt-Patient-Beziehung (21 % der Varianz); Respekt für Privatsphäre (5 % der Varianz); Einrichtung (4 % der Varianz) und Dienstleistungen (4 % der Varianz).

Was die Autoren selber bemängeln, ist die Repräsentativität ihrer Studie. Zudem kann nicht von einem Fragebogen im herkömmlichen Sinne gesprochen werden, sondern eher von einer Selektion eines Sets von Items, die für einen Fragebogen in Frage kämen.

Member Satisfaction Scale (MSS)

Dieses Instrument wurde 1996 von Pratt und Kenneth entwickelt. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse von Fokusgruppe von Patienten der psychiatrischen Rehabilitation und Literatursichtung ergaben fünf (!) Items, die in einer Pilotstudie von 367 Personen getestet wurden. Die interne Konsistenz betrug .83. Die Items waren nicht zu eruieren.

Adult Client Satisfaction Survey (ACSS)

Baker, Zucker und Gross (1998) entwickelten 1994 das ACSS in ihrer Studie mit 770 psychiatrischen Patienten. Das ACSS beinhaltet 29 Items, die acht Bereiche (Pflege, Therapie, Familie, individuelle Therapien, soziales Angebot, Räume/Einrichtung, Behandlungsphilosophie und Essensangebot) abdecken. Antwortmöglichkeiten können auf einer 4-Punkt-Likertskala gegeben werden mit den Ausprägungen „not at all“ bis „very much“. Den Schluss bilden vier offene Fragen, zu denen der Patient seine Meinung und Vorschläge einbringen kann. Es stehen in der angegebenen Studie keinerlei Angaben über die Testgütekriterien des ACSS.

General Satisfaction Questionnaire

Huxley et al. (1992; zit. nach Rentrop et al., 1999) haben das GSQ zur Untersuchung genereller Zufriedenheit für ambulante und stationäre psychiatrische Patienten entwickelt. Ziel des Fragebogens, der in Versionen von 6 bis 20 Items vorliegt, ist Gruppen unzufriedener Patienten zu identifizieren. Ein Teil der Items wird dabei anhand einer vierstufigen Skalierung beurteilt. Darüber hinaus bleibt Raum für Kommentare. Zusätzlich kommt eine visuelle Analogskala zur generellen Einschätzung der Behandlung zum Einsatz.

Rosenheimer Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (RFPZ)

In der Studie von Semmler (1998) wurde ein Fragebogen mit 31 Items entwickelt, der drei Komplexe enthält: Die ersten zwei Bereiche beziehen sich auf den Krankheitsverlauf (im Sinne der Selbsteinschätzung des aktuellen Krankheitsverlaufes durch den Patienten), der dritte Bereich bezieht sich auf informelle und angebotsorientierte Wahrnehmung der therapeutischen Prozesse und der Qualität sowie deren Umsetzung in den verschiedenen Bereichen. Die Antwortmöglichkeiten sind in einer sechsstufigen Likertskala vorgegeben.

Leider gibt der Autor in der Studie weder Angaben über die statistische Überprüfung des Instrumentes noch über die Items und deren Herkunft an. Die Studie wurde mit nur 40 Patienten durchgeführt.

Psychiatric Inpatient Satisfaction Survey (PIPS)

In Neuseeland entwickelte Rich (2001) ein Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit der stationären Behandlung. In die Erstellung der Items war der Forschungsstand ausschlaggebend, keine Patienten waren darin involviert. Durch Erfahrungswerte kam es zur Modifikation einer ursprünglichen Skala. Der Fragebogen umfasst 27 Items (Antwortmöglichkeit mittels fünfstufiger Likertskala) und wurde an 100 Patienten getestet.

Die Split-half Methode wurde verwendet, um die Reliabilität zu erhalten (.72); Validität wurde erreicht, indem zwei Patientengruppen (eingeteilt in Zufriedene und Unzufriedene; es liegen keine Angaben vor, wie der Autor zu dieser Einteilung kam) miteinander verglichen wurden. Demografische und diagnostische Daten wurden nicht erhoben, eine Faktorenanalyse fand nicht statt.

Bei den meisten Studien zu den erwähnten Messinstrumenten sind oftmals die Items der Fragebögen nicht explizit aufgelistet. Angaben, diese direkt bei den Autoren anfordern zu können, haben sich nur bei Barker und Orwell (1999) gefunden, bei den anderen fehlten sie gänzlich oder waren nicht korrekt.

3.5 Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit

Wenn die Behandlungsbewertung auch durchgängig eine positive Tendenz zeigt, gibt es interindividuell doch eine beträchtliche Varianz. Einige Untersuchungen beschäftigten sich daher mit den möglichen Beeinflussungsfaktoren der Behandlungszufriedenheit und untersuchten die Frage, worin sich eher zufriedene von eher unzufriedenen Patienten unterscheiden. Im Folgenden wird auf die möglichen Beeinflussungsfaktoren der Patientenzufriedenheit eingegangen.

3.5.1 Behandlungsmethoden (Therapien)

Trivial erscheint die Tatsache, dass die Patientenzufriedenheit abhängig von der jeweiligen Art der Behandlung ist, wobei Behandlung hierbei immer auch die jeweiligen Rahmenbedingungen und Settingfaktoren impliziert bzw. kaum davon zu trennen ist. Sicherlich kann eine Befragung interessante Informationen über das Bild der Patienten von der jeweiligen Behandlung liefern, man muss jedoch auch immer in Betracht ziehen, dass die Probleme, die sich aus durchgängig positiven Zufriedenheitswerten in Befragungen ergeben, Bemühungen relativieren, mit Hilfe von Einzeluntersuchungen der Patientenzufriedenheit spezifische Behandlungsformen in ihrer Gesamtheit evaluieren zu wollen.

Plog (1999, S. 595) definiert das Ziel einer Therapie wie folgt: Ausgehend von dem Verstehen der Lebenssituation und des eingesetzten, aber fehlgeschlagenen Lösungsversuches sind mit dem Patienten neue Wege zur Auseinandersetzung, der Problemlösung, der Aufgabenbewältigung, des Umgehens mit Erfahrungen und Gefühlen und des Existierens zu erarbeiten. Jedes Angebot sollte dabei unbedingt darauf gerichtet sein, die Selbsthilfe- und Selbstheilungspotenziale der Patienten zu unterstützen bzw. wieder herzustellen.

Das Recht auf Arbeit, das Recht auf Wohnung, das Recht auf Persönlichkeitsentwicklung sind dabei laut dem Autor vorrangige Aspekte von Therapie. Medikamentöse Therapie sollte ihren Platz immer im Rahmen eines Verstehensprozesses haben. Beschäftigungstherapie wird verstanden als Aufnahme sozialer Beziehungen und als Verrichtung sinnvoller Tätigkeiten.

Die Studie von Berghofer, Lang, Rudas und Schmitz (2000) umfasst die subjektive Wertigkeit von Behandlungserwartungen und verschiedenen Behandlungsmassnahmen von psychiatrischen Patienten. 425 psychiatrische Patienten beurteilten die subjektive Wichtigkeit der vier Behandlungsmassnahmen Medikamente, unterstützende Gespräche, Sozialberatung und Beschäftigungs- und Arbeitstherapie auf einer fünfstufigen Likert-Skala.

Jeder Patient wurde gefragt, ob er die entsprechende Behandlungsmassnahme in der jeweiligen Institution erhalten hat und ob er mit dem Erhalt bzw. Nichterhalt der therapeutischen Massnahme einverstanden gewesen ist. Die Behandlungserwartungen wurden dabei in fünf Dimensionen erfasst: 1. Besserung der Symptome. 2. Besserung der Arbeitssituation. 3. Besserung der Wohnsituation. 4. Besserung der sozialen Kontakte. 5. leichtere Bewältigung der alltäglichen Aufgaben.

Die Hauptresultate waren, dass Medikamente und Gespräche als eher wichtig und Sozialberatung sowie Beschäftigungstherapie als eher unwichtig eingeschätzt werden, was damit im Gegensatz zu einer Studie von McIntyre, Farell und David (1989) steht. Nach dieser Untersuchung sind freier Ausgang und Besuche für den psychiatrischen Patienten subjektiv wichtiger als Gespräch oder Medikamente; bei Faehndrich und Smolka (1998) bewerten die Patienten den Wochenurlaub als sehr positiv, jedoch nicht wichtiger als der Faktor Einzelgespräch oder Kontakt mit dem Pflegepersonal.

Die Wichtigkeit der Behandlungsmassnahme "Medikamente" wird in der Studie von Berghofer et al. (2000) allein durch die Diagnose bestimmt: Für Patienten mit der Diagnose funktionale Psychose (Schizophrenien und affektive Psychosen) sind Medikamente eher wichtig, für Patienten mit anderen Diagnosen eher unwichtig. Die Einstufung der Wichtigkeit der Medikamente auf den ersten Rangplatz steht in Kontrast mit der öffentlichen Meinung, die den Medikamenten eher skeptisch gegenübersteht, so die Autoren.

PARAMEDIZINISCHE DIENSTE

Zusätzlich zu der Bedeutung von Medikamenten und Information zeigte sich in der Hypergestalt „Wichtig für Patient“ (HG 5) unter anderem, dass paramedizinische Dienste wie Physio- und Ergotherapien als Behandlungsformen bedeutend sind (Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten). Detaillierte Bewertungsmöglichkeiten der einzelnen Interventionsarten in bestehenden Messinstrumenten findet man nur bei der Verona Service Satisfaction Scale (Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente).

Schützwohl und Olbrich (2000) bemängeln in ihrer Untersuchung, dass zur stationären psychiatrischen Ergotherapie kaum Zufriedenheitsstudien vorliegen. Sie führten eine Studie mit 58 Patienten durch, die vor der Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung drei unterschiedliche ergotherapeutische Programme bewerteten. Als Messinstrumente verwendeten sie dabei die Befindlichkeitsskala Bf-S für die Erhebung der Befindlichkeit sowie den ZUF-8 für die Patientenzufriedenheit.

Erwartungsgemäss urteilten die Patienten global generell positiv. Die Zufriedenheitsbewertungen erwiesen sich als mit verschiedenen Untersuchungsvariablen korreliert: mit der Befindlichkeit der Patienten zum Zeitpunkt der Befragung, mit der globalen Wirksamkeitsbewertung (die Zufriedenheit der Patienten nimmt mit der erlebten Wirksamkeit der ergotherapeutischen Massnahmen zu) sowie mit der Patientenbewertung von psychosozialen (z.B. Unterstützungserleben und der wahrgenommenen persönlichen Problemorientierung der Behandlung) und professionellen Behandlungsmethoden (der von den Patienten wahrgenommenen Praxisorientiertheit der Behandlung).

Als Schlussfolgerung sind die Autoren Schützwohl und Olbrich (2000) der Meinung, dass die Untersuchung insgesamt darauf hinweise, dass mit der „Zielsetzung der Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung Massnahmen der stationären psychiatrischen Ergotherapie sich durch unterstützendes Therapeutenverhalten, Praxisorientiertheit und Problemorientiertheit auszeichnen sollten“ (S. 401).

Wichtig im Angebot von Interventionsarten bei psychiatrischen Patienten ist dabei nicht nur eine möglichst grosse Bandbreite von Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch, wie Jerrell (1999) zeigen konnte, eine Kombination von Therapien während verschiedener Phasen der Erkrankung der Patienten. Wie hilfreich verschiedene Behandlungsformen wie Ergotherapie, Arbeitstherapie etc. und/oder deren Kombination von den Patienten in der vorliegenden Studie angesehen werden, zeigen die Untersuchungsergebnisse der Pilotstudie.

MEDIKAMENTE UND GESPRÄCHE

Obwohl verschiedene Einzelaspekte einer psychiatrischen Behandlung von den Patienten in der Regel überwiegend positiv bewertet werden, zeigen sich die Ergebnisse bezüglich der Bewertung medikamentöser Behandlungen als widersprüchlich (Gruyters & Priebe, 1994, S. 89).

So beschäftigen sich die negativen Äusserungen in den inhaltsanalytisch ausgewerteten Interviews der Studie von Gromann (1996) bis auf eine Ausnahme mit dem Thema, zu viel Medikamente nehmen zu sollen bzw. nur mit Medikamenten behandelt zu werden. Patienten erachteten den Faktor Medikation in der Studie von Mayer et al. (1974; zit. nach Rentrop et al., 1999) als eher unbedeutend und setzten ihn gleich mit anderen Faktoren wie Essen, Schlaf, über Schwierigkeiten sprechen oder Beschäftigung (wobei die befragten Psychiater in Medikation und Gesprächen die wichtigsten Behandlungsmassnahmen sahen). Bei einer Bewertung verschiedener Therapieangebote in der Studie von Faehndrich und Smolka (1998) werden der Kontakt zum Pflegepersonal und das ärztliche Einzelgespräch als sehr gut bewertet.

In der Forschungsarbeit von Gjerden (1997) korrelierte eine Erleichterung mit den Krankheitssymptomen positiv mit der Zufriedenheit bezüglich Medikamententherapie: Unter den psychiatrischen Patienten, die zufrieden mit der Medikamententherapie waren, berichteten 94.7 % eine Symptomerleichterung verglichen mit 68.8 % der Patienten, die mit der Medikation nicht zufrieden waren.

Vergleicht man die zwei grundsätzlich unterschiedlichen Behandlungsformen Medikamente und Gespräche, so erwähnen Spiessl et al. (1995, S. 158) in ihrem Übersichtsartikel, dass das Gespräch als signifikant hilfreicher als die Medikamentengabe beurteilt wird. Die Autoren zitieren weiters Kallert (1991), der herausfand, dass in seiner Untersuchung depressiver Patienten Therapieelemente, die die zwischenmenschliche Beziehung ausdrücken, als besonders hilfreich bezeichnet werden. Auch in der Studie von Wolfersdorf et al. (1997) beurteilten die Patienten als für sie wichtigste Therapieelemente das Einzelgespräch, das Gespräch mit dem Pflegepersonal, Medikamente und die Ergotherapie.

Tendenziell, so die Autoren weiters, wünschen sich psychiatrische Patienten mehr Gespräche und weniger Medikamente. In diesen Einschätzungen drückt sich die überragende Bedeutung der Patient-Therapeut-Beziehung, v.a. im stationären Setting, aus. Vergleicht man Einzeltherapie und Gruppentherapie miteinander, so schneidet erstere im Meinungsbild der Patienten deutlich besser ab: Auch hier drückt sich der Wunsch des Patienten nach einer persönlichen Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal aus (McIntyre et al., 1989).

Wie bedeutend Gespräche für psychiatrische Patienten sind, zeigte sich im qualitativen Auswertungsergebnis der Hypergestalt HG 11 (Gespräch mit Arzt, Aufklärung Medikamente, Früherkennung und Krisenplan Rückfall; siehe Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten). Für weitere

Ausführungen bzw. Studien zum Bereich Gespräche ist auf den folgenden Pkt. 3.5.2 Therapeutische Beziehung verwiesen.

Ebenfalls eine Hypergestalt bildete der Bereich „Medikamente“. Dabei kristallisierte sich dieser Aspekt eng gekoppelt mit der Thematik „Information“ wie folgt heraus: „Im Hinblick auf die Medikamente sollte über Wirkungen und Nebenwirkungen viel Aufklärung betrieben werden. Auf Anfrage erhält jeder Patient im Allgemeinen die nötigen Informationen.“ (HG 8, Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten). Aus diesem Grund wird unter Pkt. 3.5.6 Information besonders auf den Aspekt Medikament eingegangen.

Die Tatsache, dass bei professionellen Hilfsmöglichkeiten in der Psychiatrie die pharmakologisch-medizinischen im Vordergrund stehen, ist laut Plogg (1999, S. 578) der psychiatrische Alltag. Wie sieht es jedoch mit dem physischen Einfluss von Medikamenten auf die Patientenzufriedenheit aus? Die Autoren Hyde, Harrower-Wilson und Morris (1998) untersuchen den Zusammenhang zwischen Gewalt, Patientenzufriedenheit und der Gabe von Tranquillizern in einer psychiatrischen Intensivstation (n = 251). Sie konnten in ihren Ergebnissen zeigen, dass die Gabe von Tranquillizern bzw. deren Nebenwirkungen keinen signifikanten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hatte.

EXKURS: KOSTEN DER MEDIKAMENTE

Neue Medikamente kosten - im psychiatrischen wie auch im somatischen Bereich - oft ein Mehrfaches der alten Produkte. Beim aktuellen Spardruck im Gesundheitswesen ist eine Rationierung jedoch unumgänglich. So wird bereits in Schweizer Kliniken eine Rangliste der teuren Medikamente gemacht und ausgeschieden, was zu teuer kommt („Ist die beste Behandlung bald zu teuer?“, 2002).

Auch beispielsweise in Deutschland stiegen die Arzneimittelkosten kontinuierlich an, und dies, obwohl die deutschen Ärzte seit zehn Jahren immer weniger Rezepte schreiben (seit 1992 ging die Zahl ihrer Verschreibungen um etwa 30 % zurück). Das Durchschnittsrezept, unabhängig ob Somatik oder Psychiatrie, wurde im Jahr 2002 um 11.5 % teurer. Gegenüber 1992 ergab sich eine Steigerung um 78 (!) %. Obwohl beispielsweise Schlaf- und Beruhigungsmittel um 1.5 % weniger als im Jahr 2001 verordnet wurden, erhöhte sich die Verordnungsentwicklung bei Psychopharmaka um 2.2 % (Koch, 2002).

Die Pharmaindustrie begründet das mit der Neueinführung modernerer Medikamente: Für mehr Geld erhält der Patient mehr Qualität und indirekt ein besseres und längeres Leben. Dass dafür immer jüngere Patienten herhalten müssen, zeigt der neueste Psychiatrietrend in den USA: Immer häufiger verordnen US-Psychiater Psychopharmaka bei Kindern, insbesondere Medikamente gegen Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität (Ritalin und Amphetamine).

Vor allem im Bereich der bipolaren Störungen herrscht der Trend vor, den Ausbruch der Krankheit bereits ins Kindesalter zu verlegen gemäss dem Grundsatz „Wenn man diese Krankheit nicht frühzeitig behandelt, wird sie immer schlimmer“ (Stolze, 2002, S. 172). Dementsprechend wird bereits bei Zwei- und Dreijährigen eine bipolare Störung attestiert und Medikamente verschrieben.

Schönhöfer (zit. nach Stolze, 2002, S. 173) sieht darin eine für die Arzneimittelbranche gängige Strategie zur Markterweiterung, der so genannten „disease mongering“: Zunächst würden Ängste vor bislang unerkannten Gesundheitsstörungen geschürt, dann fänden sich bald Abnehmer für neue Medikamente.

Generell ist bezüglich der Behandlung das Ergebnis der Gruppe um Berghofer (2000) zu beachten, die als *wichtigste* Erwartung psychiatrischer Patienten an ihre Behandlung eine Besserung oder Stabilisierung ihres seelischen Gesundheitszustandes herausfand. Dabei können sich die Patienten auch bei einem weniger guten Behandlungsergebnis durchaus zufrieden erklären, wie die Untersuchung von Hannover et al. (2000) mit 1 295 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik zeigte (Messinstrument: ZUF-8). Ausgesprochen selten hingegen ist, dass sich Patienten unzufrieden mit ihrer Behandlung äussern, wenn das Behandlungsergebnis positiv war.

Welche Faktoren zudem in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut/Arzt eine Rolle spielen, zeigt der nun folgende Punkt.

3.5.2 Therapeutische Beziehung

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient steht zunehmend mehr im Mittelpunkt öffentlicher und wissenschaftlicher Diskussionen. Die Toronto-Konsensus-Konferenz zur Arzt-Patient-Kommunikation (Langewitz et al., 1995, S. 351) hat die Bedeutung eines effektiven Kommunikationsverhaltens zwischen Arzt und Patient als wesentliches Element ärztlichen Handelns herausgehoben und mit folgenden Argumenten begründet: Kommunikationsprobleme in der Praxis sind häufig, sie äussern sich in der unzureichenden Identifikation der Sorgen und Beschwerden von Patienten, in der mangelnden Diagnose psychosozialer und psychiatrischer Probleme und in der fehlenden Übereinstimmung von Arzt und Patient in der Frage, welches Problem für die Konsultation wesentlich ist.

Wie Patientenzufriedenheit und die sozialen Fähigkeiten des Arztes zusammenhängen, mass Kenny (1995) in seiner Studie mit 272 ambulant betreuten Patienten, welche nach der medizinischen Konsultation befragt wurden. In einem durch bereits bestehende Theorien gebildeten Fragebogen mit 35 Items stellten sich zwei Faktoren mit hoher Ladung heraus: der Faktor Kompetenz/Informationsgabe sowie der Faktor Respekt/Wärme.

The results of this study support the view that the interpersonal skills of the doctor, which result in the communication of warmth, friendliness, empathy, respect for, and interest in the patient [...] can have a major impact on the level of patient satisfaction with the medical consultation (S. 436).

Derselben Meinung sind auch Cleary und McNeil (1988) in ihrem Übersichtsartikel bezüglich Patientenzufriedenheit: „The most consistent finding in the satisfaction literature is that characteristics of the provider of the organization that make care more ‘personal’ are associated with higher levels of satisfaction. Good communication skills, empathy, and caring appear to be the strongest predictors of how a patient will evaluate the care received” (S. 32).

Auch die Studie von Twemlow, Bradshaw, Coyne und Lerma (1995) untersuchte das Ausmass, in welchem interpersonelle und attitudinale Faktoren die Arzt-Patient Beziehung in somatischen Kliniken beeinflussen (n = 397). Die Patienten legten auf Faktoren beiderlei Art sehr grosses Gewicht und schätzten es beispielsweise sehr, wenn sie die Ärzte mit Namen anredeten. Die Autoren schlossen daraus, dass "even in populations satisfied with their medical care, we suggest that the quality of care could be improved by attention of interpersonal and attitudinal factors" (S. 51). Detail am Rande: Patienten, die sich selber als bedürftig (more needy) einschätzten, waren unzufriedener mit der erhaltenen Behandlung.

Ferner stellte sich in der Untersuchung von Kenny (1995) heraus, dass, neben dem Umstand, dass dem Gespräch eine besondere Bedeutung zugemessen wurde, die Länge der Untersuchung ein signifikanter Beitrag zur Patientenzufriedenheit war: Je länger die Konsultation dauerte, umso zufriedener war der Patient.

Und das - kritisch betrachtet - immer in Bezug auf den Hintergrund, dass „75 % aller Patienten mit ihrer Klinik zufrieden sind, obwohl die Ärzte eigentlich zu wenig Zeit für sie hatten“ (Spiessl, 1995, S. 48).

Die eingangs erwähnten Hauptprobleme spiegeln sich auch in einer Erhebung wider, die in sechs europäischen Ländern durchgeführt wurde: Durchschnittlich nehmen sich Allgemeinpraktiker in der Schweiz fast 16 Minuten Zeit pro Konsultation. Schlusslichter in der Erhebung sind die deutschen Ärzte: Dort haben Patienten gerade mal knappe acht Minuten Zeit, ihr Leiden zu schildern.

Interessant bei dieser europäischen Studie, so die belgischen Forscher, die die Erhebung auswerteten, waren auch die Einflussgrössen auf die Konsultationsdauer: Ärzte in Städten nahmen sich 1.5 Minuten länger Zeit, Frauen bekamen etwa eine Minute mehr als Männer, und jedes Lebensjahr des Patienten und der Patientin schlug mit einer zusätzlichen Sekunde zu Buch. Vermutete *der Arzt* ein psychosoziales Problem, nahm er sich 50 Sekunden mehr Zeit; hatte jedoch *der Patient* den Eindruck, seine Erkrankungen sei psychosozial bedingt, bekam er nur 30 Sekunden mehr zugestanden („Pro Patient 16 Minuten“, 2002).

34 % der Patienten (n = 93) monierten in der Untersuchung von Swoboda et al. (1997) das Ausmass der geführten Arztgespräche als nicht ausreichend, während 38 % der Patienten mit den psychotherapeutischen Gesprächsmöglichkeiten unzufrieden waren. Bei den Verbesserungsvorschlägen überwog der Wunsch nach mehr ärztlicher Präsenz, mehr psycho-

therapeutischer Betreuung und v.a nach mehr Arztgesprächen. Das Item „Ich brauche mehr Zeit mit dem Arzt“ findet sich in der Studie bezüglich Patientenzufriedenheit in Psychiatrien (Elbeck, 1992) unter den zehn wichtigsten Items der Patienten.

Das Gesprächsangebot (v.a. Einzelgespräch) stellt neben der medikamentösen Therapie einen Grundpfeiler des Behandlungskonzepts dar (Wolfersdorf et al., 1997), ist aber ein besonders zeitaufwändiger Faktor. Eine mögliche Ursache für die von den Patienten diesbezüglich geäußerte Unzufriedenheit könnte die in den letzten Jahren wesentlich gestiegene zeitliche Gebundenheit des ärztlichen Personals mit administrativen Aufgaben sein, so die Autoren.



Der Faktor Zeit stellt sich in der Beziehung zwischen Arzt und Patient als nicht zu unterschätzende Einflussgrösse dar. Und dabei sollte der Arzt den Patienten ausreden lassen. In einer in der Fachzeitschrift „British Medical Journal“ veröffentlichten Untersuchung der Universitätsklinik Basel heisst es, die meisten Patienten könnten in weniger als zwei Minuten erklären, was ihnen fehle. Untersuchungen in den USA hätten jedoch gezeigt, dass sie im Durchschnitt bereits nach 22 Sekunden von ihren Ärzten unterbrochen würden. Ärzte, so die Schweizer Forscher weiter, sollten nach den Erkenntnissen ihre Patienten ausreden lassen („Ärzte müssen sich Zeit nehmen“, 2002).

Um Verständnisschwierigkeiten im Gespräch mit ausländischen Patienten zu vermeiden, wird an der Universität Genf eine Software (Med-SLT) entwickelt, die in wenigen Sekunden die gesprochenen Fragen des Arztes sprachlich erkennt, grammatikalisch analysiert, übersetzt und mit einem Sprachgenerator wieder als gesprochene Fragen in der Sprache des Patienten formuliert (z.B. „Haben Sie Bauchweh?“). Erste Ergebnisse sprechen für diesen Sprachcomputer, der über kurz oder lang Dolmetscher in Kliniken ersetzen wird („Der Computer dolmetscht zwischen Arzt und Patient“, 2002).

Wie wichtig die vom Arzt an den Patienten gegebene Information ist, stellt die Studie von Windgassen, Weissen und Schmidt (1997) dar, in der 187 Patienten der somatischen Medizin prospektiv mittels Interviews nach ihrer Erfahrung und Bewertung der psychiatrischen Konsiliaruntersuchung befragt wurden: Über 40 % der Befragten beklagten sich darüber, vom primär behandelnden Arzt vorher nur unzureichend über die Konsiliaruntersuchung informiert worden zu sein. Die Konsiliaruntersuchung an sich wurde von 46 % der Patienten ausdrücklich als hilfreich beurteilt.

Leimkühler und Müller (1996, S. 766) räumen in ihrem Übersichtsartikel zur Patientenzufriedenheitsforschung der positiven Arzt-Patient-Kommunikationen einen zentralen Stellenwert ein: In der Forschung zur Patientenzufriedenheit haben sich als wichtigste Zufriedenheitsquelle die psychosozialen vor den professionellen und materiellen Versorgungsaspekten herausgestellt, und bezüglich der psychosozialen Aspekten v.a. die positive Arzt-Patient-Kommunikation. Umso sinnvoller erscheint deswegen die Bestimmung der Zufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Gespräch.

Laut Gruyters und Priebe (1994, S. 90) ist es nahe liegend, dass die Güte und Art der therapeutischen Beziehung ein wichtiger Faktor für die Patientenzufriedenheit ist. Doch erhebt sich die Frage, ob und inwiefern die Behandlungsbewertungen von Patient und Arzt übereinstimmen.

Nach Lebow (1982) korrelieren die Bewertungen von Patienten und Ärzten lediglich zwischen $r = .00$ und $r = .42$. Priebe und Polzer (1992; zit. nach Spiessl et al., 1995, S. 157) fanden keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung von Patienten, Angehörigen und Therapeuten, während Kalman (1983) beschreibt, dass die Patienten ihre Behandlung positiver beurteilen als ihre Therapeuten es erwarten. In der Untersuchung von Spiessl et al. (1999) wurden 39 Items, die aus inhaltsanalytisch ausgewerteten Interviews von 38 allgemeinpsychiatrischen Patienten stammen, von 58 Patienten und Therapeuten parallel gewichtet. Dabei stimmten die Patienten- und Therapeuteneinschätzungen in etwa 75 % überein, lediglich neun von 39 Items wurden von Patienten und Therapeuten als signifikant unterschiedlich betrachtet.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Patientenzufriedenheit, Behandlungsergebnis und therapeutischer Beziehung konnte Hannover et al. (2000) in ihrer Untersuchung mit 1 295 Patienten einer Fachklinik für Psychosomatik zeigen, dass eine negative Einschätzung der Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient einhergeht mit einer deutlich steigenden

Unzufriedenheitsquote. Patienten machen offensichtlich ihre Unzufriedenheit eher an den Therapeuten oder der Therapie fest als an nicht erreichten Ergebnissen.

Ob nun die Bewertungen übereinstimmen oder nicht, laut Priebe (1993) sollte auf jeden Fall eine Behandlungsbewertung durch den Patienten vom Therapeuten erfragt und ernst genommen werden, wie beispielsweise mit der Frage: „Inwieweit glauben Sie, hier zur Zeit die für Sie richtige Behandlung zu erhalten?“ (S. 212).

KONTINUITÄT DER BEHANDLUNG

Von Bedeutung in der therapeutischen Beziehung ist der Aspekt der Kontinuität der Behandlung. In der Studie von Moutoussis et al. (2000) zur Messung der Zufriedenheit von ambulanten psychiatrischen Patienten (mittels des Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire PCSQ, n = 82) verursachte ein hoher Arztwechsel einen hohen Unzufriedenheitswert bei den Patienten. Auch Bene-Kociemba et al. (1982; zit. nach Ruggeri, 1994, S. 218) verzeichnen in ihrer Studie eine hohe Korrelation zwischen Kontinuität der Behandlung und Patientenzufriedenheit.

In der Studie von Gruyters und Priebe (1992) gaben Patienten einer deutschen gemeindepsychiatrischen Modellinstitution auf die Frage nach Änderungswünschen neben einem Mehr an Gesprächen ein Vermeiden von Therapeutenwechseln an.

Die Autoren Coulter und Cleary (2001) führen als eine der Dimensionen in ihrem Ländervergleich zur Patientenzufriedenheit (USA, England, Schweden, Schweiz, Deutschland) die Dimension „Kontinuität der Behandlung“ an. Der Faktor „Kontinuität in der Behandlung“ zeigte in allen fünf untersuchten Ländern Problemwertungen auf, ein Untersuchungsergebnis, das sich auch in den qualitativen Auswertungsergebnissen der vorliegenden Arbeit finden lässt: In der fünften Hypergestalt kristallisierte sich u.a. die Bedeutung der Kontinuität im Personal (Arzt und Pflege) für den Patienten heraus (siehe Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten).

3.5.3 Compliance und Einbezug des Patienten

„Compliance¹⁷ ist gerade in der Psychiatrie ein Dauerbrenner. Verordnen und tatsächlich einnehmen, dies ist hier immer ein Problem.“

(Karteikarte Mf; Interview mit einem Pfleger)

In der Patientenzufriedenheitsforschung zeigt sich immer mehr, dass Patientenzufriedenheit nicht nur ein Qualitätskriterium der Versorgung ist¹⁸, sondern auch über Beeinflussung von Compliance und Akzeptanz des Therapieangebots im interaktiven Prozess auf das Behandlungsergebnis rückwirkt (Swoboda et al., 2000; Watson & Leathem, 1996). Mahons (1996; zit. nach Howard et al., 2001) Definition von Patientenzufriedenheit impliziert, dass zufriedene Patienten mit besserer Compliance und besseren Outcome-Werten einhergehen, während unzufriedene Patienten die Behandlung eher abbrechen. Da Zufriedenheit die Bereitschaft zur Therapie erhöht, kann sie sich indirekt auch günstig in Bereichen wie Behandlungserfolg und Lebensqualität auswirken (Sederer, Dickey & Hermann, 1996).

Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit und Compliance hat auch der Einbezug der Patienten (Fawcett, 1995), und dies nicht nur darum, weil neben dem Zusammenhang der Compliance und Patientenzufriedenheit auch ethische Gründe und Patientenrechte dafür existieren. Dies spricht gegen die Sichtweise, dass es der „Arzt und nicht der Patient sein sollte, der die Natur und die Grenzen des Problems des Patienten definiert“, wie Crawford und Kessel (1999, S. 1) meines Erachtens korrekterweise erläutern.

In der Untersuchung von Holmes et al. (1998) wurden unter anderem 80 Interviews bezüglich der Patientenzufriedenheit in zwei psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung beinhalteten einen hohen Stellenwert des Einbezugs des Patienten, sei es bezüglich Entscheidungen hinsichtlich Medikamentengabe und/oder hinsichtlich Informationsvermittlung.

¹⁷ Compliance die Bereitschaft, ärztlichen Verordnungen zu folgen.

¹⁸ Dabei wird der Patientenseite laut Campbell (1997) zu wenig Beachtung in der Entwicklung geeigneter Instrumente geschenkt. Es werden beispielsweise eher Personal und Experten befragt als die Patienten selber, kritisiert der Autor.

Dass Patienten mit ihrem Einbezug unzufrieden sein können, zeigt die Studie von Sandlund und Hansson (1999): Bei der Befragung von 119 psychiatrischen Patienten ergaben sich – neben der generell hohen Patientenzufriedenheit – Unzufriedenheitswerte v.a. hinsichtlich des Bereiches „Einfluss in die Behandlung“ sowie „Information“.

Coulter (2000) sieht den Patienten als aktiven Partner im Behandlungsprozess. Dabei soll der Patient auch in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Hier sollte dem Patienten genügend Information in so genannten „user-friendly information packages“ (S. 158) gegeben werden. Informationen bzw. Entscheidungshilfen erhöhen das Wissen des Patienten über das Problem, die Alternativen und die Outcome-Werte. Coulter (2000, S. 155) gibt drei Gründe für den Einbezug des Patienten an:

- *To reduce dependence on health services*: Besser informierte und einbezogene Patienten benützen die Dienstleistungen effektiver und haben realistische Erwartungen an die Behandlungen.
- *To improve the quality and responsiveness of services by getting feedback from patients*: Dadurch, dass das Personal ein Feedback der Patienten erhält, kann die Behandlungseffizienz gesteigert und Reklamationen entgegengewirkt werden.
- *To increase understanding of the need for hard decisions about priorities*: Durch grössere Transparenz in die Entscheidungsfindung in einem grösseren Rahmen fühlt sich der Patient als Bürger in das Gesundheitswesen einbezogen und kann entsprechende schwerwiegende Entscheide eher tragen.

Dieser Ansatz der Einbindung des Patienten in die Entscheidungsfindung bestätigte auch eine Untersuchung von Murray, Davis, See Tai, Coulter, Gray und Haines (2001), die ein Entscheidungshilfe-Programm bei der Entscheidung bezüglich einer hormonellen Therapie in der Menopause bei Frauen intervenierte. 205 Frauen nahmen dabei teil, wobei sie sich in eine Kontrollgruppe (KG) ohne Intervention und eine Interventionsgruppe (IG) aufteilten. Die Interventionsgruppe bekam ein interaktives Multimedia-Programm mit Broschüren dargeboten. Ergebnis war, dass nach drei Monaten der Entscheidungskonflikt zwischen den Patientinnen in der IG und dem Arzt signifikant geringer war als zu den Patientinnen der KG. Mehr Ärzte der IG berichteten, dass die Entscheidung alleine von der Patientin kam.

Das Interventionsprogramm konnte den Entscheidungskonflikt deutlich reduzieren und befähigte die Patienten, eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess (Entscheidungsfindungsprozess) zu spielen, ohne die Angst zu erhöhen.

Doch was ist schliesslich ausschlaggebend für eine gute Arzt-Patient-Beziehung? „Der Schlüssel für eine erfolgreiche Arzt-Patient-Beziehung“, so Coulter (2000, S. 158) „liegt darin zu erkennen, dass Patienten auch Experten sind.“ Patienten als Experten - in diesem Sinne sollen die Teilnehmer meiner Studie auch verstanden werden.

3.5.4 Personal

„Pfleger tragen in hohem Masse zum Wohlbefinden und menschlicher Auf- und Annahme eines Patienten im Krankenhaus bei. Sie kurieren nicht Krankheiten und Symptome, sondern sie sorgen für Menschen“ (Maissoneuve, 2000, S. 75). Das Royal College of Nursing umschreibt Pflege als „the essential roles of nursing as helping, teaching, coordinating and overseeing care, in a planned and systematic way“ (zit. nach Weston, Bruster, Lorentzon & Bosanquet, 1995, S. 230).

Diese Beschreibungen über den Stellenwert des Personals gilt nicht nur in somatischen, sondern auch in psychiatrischen Institutionen (siehe auch Elbeck & Fecteau, 1990). Psychiatrisches Pflegepersonal bedarf zudem einer speziellen Ausbildung im Umgang mit dem anspruchsvollen Klientel der psychiatrischen Patienten, wie auch die Studie von Priami und Plati (1997) zeigt. Die Autorinnen evaluierten die Behandlungen des Pflegepersonals bei 95 psychiatrischen Patienten, die gemäss einer Evaluationsskala (The Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation NOSIE-30) psychische Probleme während ihres stationären Aufenthaltes zeigten.

Die Resultate zeigten, dass 69.4 % der Patienten der Meinung waren, Interventionen des Personals (Zuhören, verbale psychische Unterstützung) hätten ihnen in der Bewältigung der psychischen Probleme sehr geholfen, v.a. bei Angstzuständen und bezüglich der körperlichen Symptomatik.

Die Ergebnisse bestätigen frühere Studien, in denen gezeigt wurde, dass, wenn der psychische Stress abnimmt, auch die körperliche Symptomatik reduziert wird. „According to the results of this study, mental health nursing interventions seem to facilitate the patients in expressing verbally their feelings and their symptoms and offer them psychological and physical comfort“ (S. 61), wobei die Art der Betreuung - ob nun im Team oder einzeln - keinen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung hat (Ryan, Poster, Auger, Davis und Ringdahl, 1988).

Was ist nun aber den psychiatrischen Patienten wichtig beim Pflegepersonal? Van Dongen und Jambunathan (1992) konnten in ihrer Untersuchung mit 60 psychiatrischen ambulanten Patienten mit drei Kurzfragebögen (RNCM the Registered Nurse Case Manager) zeigen, was psychiatrischen Patienten in Bezug auf das Pflegepersonals wichtig ist:

- menschliche Fürsorge und Unterstützung (human caring and support)
- Zuhören (listening)
- Problemlöseverhalten (helps problemsolve)
- Informationsgabe (providing of information);
- Zusammenarbeit mit Psychiatern

Diese Resultate sind - so die Autoren - konsistent mit der Konzeptualisierung der therapeutischen Pflegepersonal-Klienten-Beziehung von Peplau (1952; zit. nach Van Dongen und Jambunathan, S. 13). Peplau gilt als Begründer der modernen psychiatrischen Pflege.

Die Aspekte des Zuhörens, der Empathie, des Gespräches, der Zeit und auch der Kontinuität der Behandlung wurden bereits in Pkt. 3.5.2 Therapeutische Beziehungen erwähnt; bestätigt werden sie zudem in den qualitativen Auswertungsergebnissen der vorliegenden Studie.

Auch bei ambulanten psychiatrischen Patienten spielen diese Faktoren eine Rolle. Björkman, Hansson, Svensson und Berglund (1996) führten Interviews bei 94 ambulanten Patienten durch. Eine Bewertung der aus der Inhaltsanalyse resultierenden relevanten Bereiche (n = 84) führte zum Resultat, dass die empathischen Qualitäten des Personals (Zuhören, Interesse, Verständnis, Respekt dem Patienten gegenüber) am wichtigsten für den Patienten sind.

Der Vergleich mit einer eigenen Forschungsstudie über stationäre Patientenzufriedenheit (Hansson & Björkman, 1993; zit. nach Björkman et al., 1996, S. 356) zeigte sich kongruent mit diesem Ergebnis. Um die Patientenzufriedenheit bei ambulanten psychiatrischen Patienten zu erhöhen, sollte gemäss den Autoren vermehrt Augenmerk auf die Personal/Patient-Beziehung gelegt werden.

Doch das Personal soll dabei nicht nur für die psychischen, sondern auch für die physischen Belange der Patienten zuständig sein. In der Entwicklung des Messinstrumentes CUES-U beschreiben Lelliott et al. (2001) diese Notwendigkeit mit folgenden Worten: „People with a severe mental illness also value access to physical health care services that take their needs

seriously" (S. 68). Dieser Belang wurde in meinem Pilot-Fragebogen mit einem entsprechenden Item abgedeckt.

Der Behandlungsaspekt kann jedoch unterschiedlich vom Personal und Patienten sowohl in psychiatrischen als auch in somatischen Kliniken wahrgenommen werden (Von Essen & Sjöden, 1995, n = 202, Messinstrument für die Einschätzung von Behandlungsaspekten Care-Q). Während das Personal die Häufigkeit von Behandlungen höher einschätzt, als die Patienten sie wahrnehmen, stuften Patienten beiderlei Kliniken (sowohl somatische als auch psychiatrische) die Bedeutung von Erklärungen, vertrauensvollen Beziehungen und gewissen Kontrollmöglichkeiten höher ein, als das Personal sie in der Bedeutung für den Patienten einschätzt. Das Personal gibt dem Aspekt Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten und Komfort mehr Gewicht in der Bedeutung für den Patienten.

Die Patienten in der Psychiatrie unterschieden sich von somatischen Patienten hinsichtlich der Bedeutung von Behandlungsaspekten: Während für psychiatrische Patienten Erklärungen wichtig waren, legten somatische Patienten grösseres Gewicht auf den Faktor Kontrolle.

Dass die Beziehung Personal-Patient eine Rolle in der Messung der Zufriedenheit auch von kleinen Patienten, zeigt die Studie von Kaplan et al. (2001). Die Autoren untersuchten mittels eines 28-Item umfassenden Fragebogens Kinder und Jugendliche (n = 157) im Alter von sechs bis 17 Jahren sowie deren Eltern bzw. Begleitpersonen (n = 111) bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche. Ziel war die Beziehung zwischen Patientenzufriedenheit und der Wahrnehmung bezüglich Verbesserung des Krankheitsbildes zu eruieren.

Obwohl hohe Zufriedenheitswerte bei beiden - Kindern/Jugendlichen und Eltern - vorlagen, zeigte sich ein Bereich mit hohen Problemwertungen: 28 % der Kinder/Jugendlichen berichteten über Beschimpfungen des Personals, fast so hoch wie der Prozentsatz von 21 von Seiten der Eltern, wobei 10 % der Kinder/Jugendlichen und 5 % der Eltern über physische Gewalt berichteten. Der Zusammenhang zwischen denjenigen Teilnehmern, die Beschimpfungen des Personals während des Aufenthaltes erlebten, zeigte eine Signifikanz zur Patientenzufriedenheit und umgekehrt. Der ursprünglich hypothetisch angenommene Zusammenhang zwischen verbessertem Krankheitsbild und Zufriedenheit war eher gering.

Wenn die Bedeutung des Gespräches und des Sich-Zeit-Nehmens für den Patienten im Vordergrund steht (siehe Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten), so steht dem in der Praxis ein dis-

krepanter Personalmangel gegenüber, wie beispielsweise bei Holmes et al. (1998) berichtet wird. Der Personalmangel in der Pflege ist jedoch nicht mehr so gross wie noch vor einem Jahr, so Winteler (2002; zit. nach Anderegg, 2002), mit Ausnahme der Psychiatrie. Gründe dafür sind der erschwerte Wiedereinstieg durch permanente und rasante Veränderungen gerade im psychiatrischen Bereich, die vermehrte und intensivere Auseinandersetzung mit den psychiatrischen Patienten und ein Mangel an ausgebildeten Pflegekräften.

Dass der Grund für mangelndes Interesse an einer Pflegeausbildung im Psychatriebereich die zunehmende Gewalt der Patienten ist, wird oftmals verneint. Dass es jedoch in der Psychiatrie gefährliche Situationen gibt, die man nicht ohne Zwang eindämmen kann, ist Realität, so Jürg Gassmann von der Stiftung Pro Mente Sana („Mehr Personal nötig“, 2002). Der Patientenanwalt sieht die Ursache für diese Gewalt jedoch wiederum im Personalmangel der Kliniken begründet und darin, dass die Betreuenden zu wenig lernen, wie heikle Situationen entschärft werden können. Auch die ständige Überbelegung der Kliniken fördere ein gewalttätiges Klima.

3.5.5 Soziodemografische Merkmale

Im Unterschied zu klinischen Daten (wie Diagnose und Symptomatik) ist der Zusammenhang soziodemografischer Patientenmerkmale mit der Patientenzufriedenheit vergleichsweise häufig untersucht worden, wobei die Ergebnisse teilweise widersprüchlich sind.

In einer gross angelegten Studie von Hargraves, Wilson, Zaslavsky, James, Walker, Rogers und Cleary (2001) untersuchten die Autoren den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Patientenzufriedenheit in 73 somatischen amerikanischen Spitälern (n = 25 406) mittels des Picker Fragebogens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit. Resultat war, dass der *Gesundheitsstatus* und das *Alter* die wichtigsten Prädiktoren bezüglich den berichteten Erfahrungen in den Kliniken waren, wobei ältere Patienten signifikant zufriedener waren mit der Erfahrung in der Klinik und Patienten, die über einen schlechteren Gesundheitsstatus berichteten, signifikant unzufriedener mit ihrem Aufenthalt waren. Als Erklärungsgrund für die höhere Zufriedenheit bei älteren Patienten führen die Autoren an, dass Ärzte mehr Zeit mit älteren Patienten verbringen und ihnen auch mehr Informationen mitteilen.

Gesundheitsstatus und Alter waren auch bei Cleary, Edgman-Levitan, McMullen und Delbanco (1992) signifikant korreliert mit der Patientenzufriedenheit in somatischen Spitälern (n = 6 455).

Bezüglich des *Gesundheitsstatus* versucht die Studie von Hall, Roter, Milburn und Daltroy (1998) an zwei Erklärungsmodellen zu eruieren, warum Patienten, die kränker sind, unzufriedener mit der medizinischen Behandlung sind als Patienten, die gesünder sind - ein Effekt, den die Autoren in 15 diesbezüglichen Studien nachweisen konnten. Die möglichen Erklärungsansätze waren, dass A) Krankheit direkt die Patientenzufriedenheit beeinflusst und B) Ärzte auf kränkere Patienten auf eine Weise reagieren, die den Patienten unzufriedener mit der Behandlung machen lässt. Bei den 114 somatischen Patienten einer Rheumatologieabteilung bestätigte sich die erste Hypothese, die zweite bewahrheitete sich nur hinsichtlich des Aspektes soziale Konversation: Patienten in einem besseren Gesundheitsstatus erhielten signifikant mehr soziale Konversation von ihrem Arzt.

Spiessl et al. (1995, S. 157) berichten darüber, dass ein Zusammenhang zwischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Rasse, Familienstand, Einkommen oder Bildung in der Mehrzahl der Studien zur psychiatrischen Patientenzufriedenheit *nicht* nachgewiesen werden konnte. Die Bewertung in ihrer Studie (Spiessl et al., 1996) zeigte jedoch eine Signifikanz von Alter und Geschlecht, wobei eine weitere Studie (Spiessl et al., 1999) wieder weitgehend unabhängig von soziodemografischen oder erkrankungsbezogenen Variablen war.

Auf keinerlei Korrelationen von soziodemografischen Daten und Patientenzufriedenheit in Psychiatrien weisen Semmler (1998), Boecker (1989) und - hinsichtlich des Alters¹⁹ - auch Moutoussis (2000) hin. Hingegen geben Leimkühler und Müller (1996, S. 766) an, dass sich unter den am häufigsten untersuchten soziodemografischen Variablen eine Korrelation bei Alter und Geschlecht finden lässt.

Dass in psychiatrischen Institutionen ältere Patienten signifikant zufriedener als jüngere sind, darüber berichtet Gjerden (1997) in seiner Studie: Ältere psychiatrische Patienten waren zufriedener als jüngere, jedoch nicht so informiert wie die Jungen. Jüngere psychiatrische Patienten lehnten Mehrbettzimmer eher ab.

¹⁹ Auch in somatischer Hinsicht zeigten internistisch stationär behandelte geriatrische Patienten (n = 82) im Vergleich zu jüngeren psychiatrischen Patienten (n = 48) keinen Unterschied im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit, der Bewältigungsformen sowie der Adaption (Schmeling-Kludas, 2000).

Demgegenüber steht wiederum die Studie von Hermann, Ettner und Dorwart (1998), in der die Autoren 7 407 ältere Patienten mit psychiatrischen und ohne psychiatrische Störungen und 1 303 behinderte Patienten mit psychiatrischen und ohne psychiatrische Störungen mit einer generellen Zufriedenheitsfrage (fünfstufig) und mit selbst gebildeten Items über andere Qualitätsbereiche (Kosten, Zugang zu ihrem Arzt etc.) befragten.

Die Autoren fanden heraus, dass - obwohl die Differenz sehr gering war - ältere und behinderte Patienten mit einer psychiatrischen Störung unzufriedener mit der Behandlungsqualität als solche Patienten ohne psychiatrische Störung waren. Erklärbar sei dieses Ergebnis dadurch, dass ältere und psychiatrische Patienten effektiv zu wenig qualitativ hochstehende Behandlung erhalten oder dass es sich hierbei um ein Bias, eine Verfälschung, handele, so die Autoren.

Bezüglich des *Geschlechts* waren in der Studie von Gjerden (1997) in der Psychiatrie Männer mit dem Personal zufriedener als Frauen, waren besser informiert über die Möglichkeit der Akteneinsicht, mögliche Behandlungsalternativen und wo sie sich beschweren konnten. Dass Frauen mit der Behandlung signifikant zufriedener als Männer sind, zeigten die Studien von Dietzen und Bond (1993) und Spiessl et al. (1996), wohingegen Barker et al. (1996) nur einen Zusammenhang mit dem Alter (je älter, umso zufriedener), nicht jedoch mit dem Geschlecht zeigen konnten.

Howard et al. (2001) wiesen einen signifikanten Prädiktor nach: Patienten mit höherer Schulbildung waren in ihrer Studie (n = 189) unzufriedener mit der erhaltenen Behandlung als Patienten mit niedriger Schulbildung, wohingegen sich in der Studie von Russo, Jaffe und Dagadakis (1997) die demografischen Daten an sich als Prädiktoren für eine Messung des Behandlungserfolges bei psychiatrischen Patienten als nicht signifikant erwiesen.

Crawford und Kessel (1999) geben in ihrem Artikel über den Nutzen und Missbrauch von Patientenzufriedenheitsmessung an, dass unzufriedene Patienten signifikant jung, weiblich und persönlichkeitsgestört sind. Dies bestätigt auch Priebe (1993), der einleitend anführt, dass „Frauen und ältere Patienten zu einer positiveren, Mitglieder ethnischer Minorität und suizidale Patienten zu einer negativeren Bewertung tendieren“ (S. 208). Hermann et al. (1998, S. 721) legten wiederum dar, dass in bestehenden Studien jüngeres Alter, männliches Geschlecht und schlechter Gesundheitsstatus mit geringeren Patientenzufriedenheitswerten assoziiert werden, während Leimkühler und Müller (1996, S. 766) ebenfalls ältere und weibliche Patienten zufriedener als jüngere und männliche Patienten angeben.

In der qualitativen Auswertung meiner Studie hat sich die Gestalt „Patientenzufriedenheit, Depression, Patient Sucht und Dankbarkeit (G 51)“ mit dem Inhalt „Im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit gibt es Unterschiede je nach Krankheitsbild, z.B. sind Patienten mit Depressionen dankbarer als Suchtpatienten“ herausgebildet. Ob diese Annahme der Interviewpartner stimmt oder nicht, werden die quantitativen Auswertungen zeigen.

3.5.6 Information

Der Aspekt der Information ist für Patienten ein wichtiger Faktor. In meiner Diplomarbeit beschäftigte ich mich mit Erfahrungen von Müttern, deren Kinder eine Magnetresonanztomografie-Untersuchung erlebten (Plank, 2000). Die qualitative Auswertung ergab damals bereits den grossen Stellenwert der Information und Vorbereitung, v.a. den Wunsch nach Erklärungen, die auch für Laien verständlich sind (S. 100, Hyperhypergestalt 1).

Durchgängig werden in Untersuchungen zur Zufriedenheit bei psychiatrischen Patienten geringe Werte hinsichtlich der übermittelten Information gefunden (Hansson, 1989; zit. nach Ruggeri, 1994, S. 218; Sandlund & Hansson, 1999; Swoboda et al., 2000), deren Wichtigkeit jedoch immer wieder belegt, wie beispielsweise in der Studie von Eyer et al. (1994), in der u.a. der Aspekt „vollständige Informationsgabe“ als erster Faktor der Patientenzufriedenheit extrahiert wurde.

Informationsmangel herrscht sogar bei Patientenzufriedenheit mit der psychiatrischen Konsiliaruntersuchung vor: Über 40 % der befragten Patienten (n = 187) aus der somatischen Medizin beklagten, von dem primär behandelten Arzt vorher nur unzureichend über die psychiatrische Konsiliaruntersuchung informiert worden zu sein. (Die Untersuchung selbst wurde jedoch nur selten, d.h. von 10 %, als unangenehm erlebt; 46 % der Patienten beurteilten sie ausdrücklich als hilfreich.)

Alexius, Berg und Aberg-Wistedt (2000) untersuchten die Zufriedenheit von 63 psychiatrischen Patienten, die in eine Notfallstation eingeliefert wurden, bezüglich der gegebenen Information (Messinstrument: Hansson & Hoeglund, 1995). Es zeigte sich bei einer generell hohen Patientenzufriedenheit eine hohe Unzufriedenheit bezüglich der Informationsübermittlung des Personals und fehlender Information über Komplikationen bezüglich der Einnahme der Medikamente.

Tehrani, Ewald und Munk-Jorgensen (1996) interviewten poststationär Patienten der Psychiatrie in Dänemark. Der erhobene Zufriedenheitsgrad variierte je nach dem jeweiligen Behandlungsaspekt: Die Zufriedenheit mit dem Behandlungsprozess war hoch, jedoch die Zufriedenheit mit der Information über den Einfluss der Behandlung war gering. Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Windfeldt, Kjaerulf, Knudsen, Risum und Hjortso (1997).

Holmes et al. (1999) berichten über einen 22 %igen Patientenanteil, der in der Befragung (n = 287) angab, dass sie nicht über die erwünschten und unerwünschten Nebenwirkungen der Medikamente Bescheid wussten; Hyde et al. (1998) zeigten in ihrer Untersuchung mit 251 Patienten einer psychiatrischen Intensivstation, dass es signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit Gewaltausbrüchen und Patienten ohne Gewaltausbrüche gab und zwar bezüglich den Items Information, Erklärung und die Vorbereitung auf die Entlassung. Die Autoren schlagen vor, Aufklärungslektionen mit Patienten durchzuführen.

Die Notwendigkeit, den Patienten zu informieren, zeigt sich in der Studie von Barker et al. (1996), in der eine positive Beurteilung der erhaltenen Information mit der Einsicht zur Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung korrelierte (n = 137; Messinstrument Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire PCSQ). Eine Studie aus dem somatischen Bereich, die an dieser Stelle erwähnt werden soll, um auch hier den Einfluss der Information auf die Patientenzufriedenheit zu belegen, ist die Studie von Breme, Altmeyen und Taeger (2000), die zeigen konnten, dass, während das postoperative Schmerzerleben eher durch zeitstabile psychologische Merkmale vorhergesagt werden konnte, die Zufriedenheit der Patienten mit situationsgebundenen Variablen zusammenhängt und sich dadurch gerade die Zufriedenheit mit einer Schmerztherapie durch eine entsprechende präoperative Aufklärung verbessern liesse.

Eine Informationsgabe kann auch mittels persönlich an die Patienten geschriebenen Entlassungsbriefen erfolgen: Über einen Zeitraum von drei Monaten erhielten 65 entlassene Patienten einer psychiatrischen Akutstation und Tagesklinik persönlich an sie gerichtete Entlassungsbriefe (Amering, Denk, Griengl & Sibitz, 1998). Die Briefe enthielten Informationen über die Daten des stationären Aufenthaltes, die Diagnose, die genutzten Therapieangebote, über die erwünschten und unerwünschten Wirkungen der eingenommenen Medikamenten, den möglichen Auslöser der Krise, genesungsfördernde Faktoren, rückfallsprophylaktische Massnahmen und Empfehlungen, Informationen über Frühwarnzeichen sowie Empfehlungen zu Frühinterventionen im Falle eines Rückfalles und der Name und Unterschrift des behandelnden Arztes.

Akzeptanz und Bewertung waren sowohl von Seiten des ärztlichen Personals als auch seitens der Patienten äusserst positiv (telefonische Befragung). Gründe dafür waren einerseits das Bedürfnis, Informationen weiterzugeben bzw. zu erhalten sowie der Eindruck, dass es sich hierbei um eine vertrauensbildende Massnahme handelt.

Ebenso betont Coulter (2001) in ihrem Artikel die Bedeutung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen, die Patienten und Ärzte bei der Auswahl von Behandlungsoptionen unterstützen können:

Access to appropriate information can empower patients to express their treatment preferences and help professionals to improve the appropriateness of clinical decisions. Information to support patients' involvement in prevention, treatment choice and self-care should therefore be a central part of any quality improvement strategy (S. 1).

Und in diesen Entscheidungsfindungsprozess des Patienten sollen laut Coulter (2001) neuere Informationswege wie das Internet²⁰ oder objektive Informationsbroschüren, die sowohl Vor- als auch Nachteile einer Behandlung ausführlich darstellen (Deyo, 2001), hineinfließen.

Doch nicht nur Patienten sind unzufrieden mit dem Bereich Information in Psychiatrien: Lawrie, Scott und Sharpe (2001) befragten 63 Psychiater in Schottland, was für sie die Hauptprobleme in der Psychiatrie darstellen. Es kristallisierte sich der Informationsbereich heraus. Hier mangelt es den Psychiatern v.a. an der *Zeit*, um sich der neuesten Literatur zu widmen. Ein Lösungsvorschlag, so die Autoren, wäre die Einrichtung einer „Info-Hotline für Psychiater“, an die sie sich bei Fragen wenden können.

Der Bereich Information kristallisierte sich ebenfalls in der qualitativen Auswertung als bedeutend heraus. Entsprechende Items finden sich im Pilot-Fragebogen.

²⁰ Coulter (2001) warnt jedoch auch vor Informationseiten aus dem Internet, die von kommerziellen Firmen gesponsert werden können und nicht aussagekräftig sind. Eine ausreichende Gesetzesprechung in diesem Bereich fehlt bislang noch.

3.5.7 Klinische Vorerfahrungen

Vorerfahrungen in der gleichen Institution und häufige Hospitalisierungen haben vermutlich einen Einfluss auf die Bewertung der aktuellen Behandlung. So fanden Larsen et al. (1979) in einer grösseren Stichprobe (n = 248) mit vorwiegend ambulant betreuten Patienten einen Zusammenhang zwischen eigenen Vorerfahrungen in der gleichen Behandlungsinstitution und einer negativeren Bewertung dieser Einrichtung. Gravel, Boyer und Lamontagne (1984; zit. nach Gruyters und Priebe, 1994, S. 91) wiesen einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von vollstationären Klinikaufenthalten und einer schlechteren Bewertung dieser Behandlungsform nach.

Untersuchungen aus dem Bereich der Gemeindepsychiatrie zeigten hingegen, dass Patienten einer Tagesklinik, die diese Institution schon kannten, zu Beginn der Behandlung signifikant positiver zu ihr eingestellt waren als diejenigen, die die Klinik noch nicht kannten (Priebe, 1992).

Die Ergebnisse lassen somit laut Gruyters und Priebe (1994, S. 91) eine settingspezifische Bedeutsamkeit der klinischen Vorerfahrung für die Behandlungsbewertung vermuten. Demgegenüber sind Spiessl et al. (1995, S. 158) der Meinung, dass ein früherer stationärer Aufenthalt in derselben Klinik für die Patientenzufriedenheit von keiner, allenfalls von gering negativer Bedeutung ist.

Gjerden (1997) fand bei seiner Befragung von 137 psychiatrischen Patienten keine signifikante Korrelation zwischen Patientenzufriedenheit mit dem stationären Aufenthalt und der Anzahl der vorhergehenden Hospitalisationen in der Klinik.

In diesem Zusammenhang steht auch die Frage nach dem Wiedereintritt im Krankheitsfall und die Weiterempfehlungsfrage. Beide Fragen werden vor allem in der Praxis im Qualitätsmanagement in psychiatrischen sowie somatischen Kliniken oft als genereller Gradmesser für die Zufriedenheit der Patienten hergenommen und sind dementsprechend von grosser Bedeutung für die Klinikleitungen bzw. Qualitätsmanager.

Obwohl diese Fragen in einigen Messinstrumenten vorkommen (z.B. Cleary et al., 1993; Eisen, 1997; zit. nach Lorenz, 2001; Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989), berichten nur sehr wenig Studien explizit über den Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlung (z.B. Nelson, 1997).

Auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Wiedereintritt im Krankheitsfall und der Weiterempfehlungsfrage wird im quantitativen Teil meiner Studie eingegangen.

3.5.8 Diagnose und Symptomatik

Bezüglich des Zusammenhangs von psychischer Störung bzw. Diagnose und der Patientenzufriedenheit liegen bislang keine eindeutigen Ergebnisse vor; der Einfluss der psychiatrischen Erkrankung auf die Zufriedenheit wird sehr unterschiedlich bewertet.

Während Gruyters und Priebe (1994, S. 91) davon sprechen, dass, wenn ein signifikantes Ergebnis bezüglich Diagnose und Patientenzufriedenheit vorlag, eine psychotische Symptomatik eher mit einer signifikant negativen Behandlungszufriedenheit einhergeht (siehe auch Leimkühler und Müller, 1996, S. 766), finden Spiessl et al. (1995, S. 158) keinen Unterschied zwischen Neurose- und Psychose-Patienten: Patienten, sowohl mit affektiven Psychosen, mit Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, äusserten sich am häufigsten positiv über die Behandlung, Patienten mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit am wenigsten (n = 316).

Swoboda et al. (2000) berichten in ihrer Patientenzufriedenheitsmessung, dass schizophrene Patienten die Atmosphäre bei der Aufnahme und die Erwartung in den Behandlungserfolg signifikant negativer als depressive Patienten bewerteten; über dieselben negativen Bewertungen spricht auch Windgassen (1989), in dessen Untersuchung mit 68 schizophrenen Patienten ein Viertel die Medikation ablehnte und weniger als ein Fünftel die ärztlich-therapeutischen Gespräche nicht als hilfreich empfand, ebenso wie Svensson und Hansson (1994), in deren Studie schizophrene Patienten signifikant unzufriedener als Patienten mit affektiven Störungen waren. Merinder et al. (1999) berichten hingegen über generell hohe Zufriedenheitswerte bei ihrer Befragung mit der Verona Service Satisfaction Scale VSSS in einer - sehr geringen - Stichprobe von 46 Patienten mit Schizophrenie oder schizophrenen Psychosen.

Dazord, Astolfl, Guisti, Rebetez, Mino, Terra und Brochier (1998) testeten die Subjective Quality of Life Profile SQLP (36 Items) an 232 psychiatrischen Patienten. Bei den 65 schizophrenen Patienten, die an der Untersuchung teilnahmen, konnten die Autoren zeigen, dass diese Patienten einerseits in der Lage waren, den Fragebogen vollständig auszufüllen, andererseits sich aber auch signifikant negativ über ihre finanzielle Lage äusserten.

Laut Richter, Berger und Eikermann (1999) gehört die Diagnosegruppe Schizophrenie auch zu den psychiatrischen Problempatienten. Obwohl die Anzahl an Studien über „heavy users“ (S. 21) in *Psychiatry international* noch klein ist, können einzelne Charakteristika dieser Patientengruppe identifiziert werden. Heavy user sind Patienten, die psychiatrische Angebote exzessiv und unter Beanspruchung aller Ressourcen nutzen und z.T. auch missbrauchen.

Die Studie basierte auf der prospektiven Untersuchung aller 170 konsekutiven Aufnahmen des allgemeinpsychiatrischen Bereichs in einem Drei-Monats-Zeitraum und erfasste soziodemografische, anamnestiche und psychopathologische Daten. Das Resultat war, dass die identifizierten Problempatienten überwiegend an schizophrenen Störungen nach ICD-9 litten und in ihrer sozialen Anpassung behindert waren. Ferner fiel auf, dass sie über eine geringe Krankheitseinsicht verfügten.

Depressive übertreffen die ohnehin hohen Zufriedenheitswerte anderer Patientengruppen. Zu diesem Ergebnis kam die Gruppe um Keller (2000), die mit Hilfe des Zufriedenheitsfragebogens ZUF-8 138 stationär behandelte depressive Patienten untersuchten. Zusammenfassend schlossen die Autoren aus den Ergebnissen, dass Depressive gemäss dem ZUF-8 insgesamt sehr zufrieden sind und so gut wie keine negativen Bewertungen abgeben.

In der Studie von Priebe (1993) wird untersucht, inwieweit die anfängliche globale Bewertung einer stationären Behandlung durch depressive Patienten nicht nur mit dem Behandlungsergebnis zum Entlassungszeitpunkt, sondern auch mit dem Symptomverlauf während der Behandlung im Zusammenhang steht und diesen somit zu prädictieren vermag. Er befragte dazu 68 depressive Patienten am Aufnahmetag, bis vier Wochen nach der Aufnahme und am Entlassungstag (Hamilton-Depressionsskala für den Symptomverlauf und das Behandlungsergebnis; Frage nach der Beurteilung, die richtige Behandlung erhalten zu haben, zur Einschätzung der Behandlungsbewertung). Resultat war, dass depressive Patienten generell sehr zufrieden waren und mit einer *positiveren* Bewertung auch einen *positiveren*, günstigeren Symptomverlauf hatten.

Dieses Ergebnis gilt auch umgekehrt: Spiessl et al. (1995, S. 158) und Carscaddon, George und Wells (1990; zit. nach Ruggeri, 1994, S. 218) fanden heraus, dass eine Besserung der Symptomatik im Behandlungsverlauf zu einer positiveren Therapiebewertung führt, während Patienten mit schlechter Prognose sowie psychotische, suizidale oder drogenabhängige Patienten eher unzufrieden sind (Lebow, 1982); Howard et al. (2001) berichten darüber, dass Personen mit bipolaren Störungen höhere Zufriedenheitswerte aufweisen, wenn sie mit anderen Diagnosegruppen verglichen werden.

Deutliche Belege gibt es für eine Verbindung zwischen dem Ausmass der aktuellen psychopathologischen Symptomatik und der Behandlungsbewertung laut Gruyters und Priebe (1994), Schmidt et al. (1989) sowie Spiessl et al. (1995) auch in dem Sinne, als dass Patienten mit einer *ausgeprägteren* Symptomatik eher unzufrieden mit ihrer Behandlung sind. Welche Aspekte der Psychopathologie vorrangig für diesen Zusammenhang verantwortlich sind, ist bisher noch unklar.

Bei Hermann et al. (1998) bewahrheitete sich die Hypothese, dass bestimmte psychiatrische Störungen (charakterisiert durch negatives Denken) mit geringeren Zufriedenheitswerten zusammenhängen, nicht. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Art der psychiatrischen Störung bei den insgesamt 8 710 Probanden (mit und ohne psychiatrische Störung); ebenso berichten Sandlund und Hansson (1999) über keine Korrelation zwischen Diagnose und Patientenzufriedenheit.

Inwiefern Diagnose und Patientenzufriedenheit in meiner Studie eine Rolle spielen, zeigt sich in den quantitativen Ergebnissen.

3.5.9 Lebensqualität

In dem Masse, in dem die Versorgung von chronisch psychisch Kranken ausserhalb der Spitäler stattfindet bzw. die Qualitätsbewertung der psychiatrischen Behandlung sich nicht mehr allein mit objektiven Kriterien wie Wiederaufnahmerate oder Hospitalisierungsdauer begnügt, gewinnen subjektive Evaluationskriterien wie subjektive Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit immer mehr an Bedeutung. Dabei kann Lebensqualität als reines Planungskriterium wie auch als ausschliessliches Evaluationskriterium verwendet werden (Priebe, Kaiser & Huxley, 1996, S. 88).

Hansson (2001) gibt in seiner Arbeit einen Überblick über die Outcome-Messungsarten und bringt Vorschläge an, mit denen Outcome-Messungen in psychiatrischen Dienstleistungssetting optimiert werden können. Bezüglich des Konzeptes Lebensqualität kritisiert der Autor vor allem, dass in der heutigen Forschung ein zu theoretisches Konzept der Lebensqualität existiert, in welches die empirische Forschung kaum hineinpasst. Um Lebensqualität als Outcome-Messindikator überhaupt zu verwenden, bedarf es zuerst Forschungsstudien, die die Validität der Lebensqualitätskonstrukte überprüfen. Diese Forderung steht konträr zur Meinung der Autoren Shipley et al. (2000), die die Quality of life als „perhaps the best known [subjective health indicators important for mental health services]“ (S. 330) beschreiben und keinerlei Zweifel an deren Definition lassen.

Ähnliche Kritik an einer fehlender Definition der Lebensqualität wie Hansson (2001) übt auch Priebe (1994) in seinem Artikel über die Bedeutung der Lebensqualität für die psychiatrische Versorgung und Forschung. Die Diskussion darüber, was Lebensqualität eigentlich ist, ist in den letzten zehn Jahren zwar intensiviert worden, hat aber zu keinem unstrittigen Ergebnis geführt. Weitgehende Einigkeit herrscht laut dem Autor aber darüber, dass Lebensqualität nur „vor dem Hintergrund der jeweiligen kulturellen Normen und sozioökonomischen Bedingungen zu beurteilen ist, dass sie in starkem Masse durch individuelle Besonderheiten geprägt wird und dass sie vor allem das subjektive Erleben des Betroffenen widerspiegelt“ (S. 87).

Dabei wurde das subjektive Wohlbefinden in früheren Studien verstanden als Kompositum aus kognitiven Prozessen und aus Gefühlen und Stimmungen (Priebe et al., 1996, S. 86). Umstandsloser als in der Soziologie und Psychologie wird in der psychiatrischen Forschung die subjektive Lebensqualität gleichgesetzt mit subjektiver Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt bzw. mit einzelnen Lebensbereichen. Erste Studien, in denen das Konzept der subjektiven Lebensqualität in der psychiatrischen Forschung Anwendung fand, untersuchten die Frage nach der Auswirkung von gemeindepsychiatrischen Versorgung von ehemaligen stationären Langzeitpatienten auf die Lebensqualität.

Zusammenfassend wird bei psychisch Kranken über folgende Befunde berichtet: Im Zusammenhang mit bestimmten gemeindepsychiatrischen Behandlungskonzepten bessert sich die subjektive Lebensqualität (Huxley & Warner, 1992; zit. nach Priebe et al., 1996, S. 87). Fast immer wird ein Zusammenhang zwischen psychopathologischen Symptomen

und subjektiver Lebensqualität in dem Sinne gefunden, dass eine ausgeprägtere Symptomatik mit einem geringeren Mass an Zufriedenheit verbunden ist²¹.

Eine interessante Rolle spielt die Lebensqualität als eine der Prädiktoren für die Messung des psychiatrischen Behandlungserfolges in der Studie von Russo et al. (1997). Die Autoren teilten potenzielle Prädiktoren in folgende grosse Kategorien ein und untersuchten 1 053 psychiatrische Patienten mit Hilfe einer standardisierten Assessment Batterie (DSM-IV, Psychiatric Symptom Assessment Scale, Quality of Life Interview) bezüglich der fünf Kategorien:

- demografische Merkmale des Patienten
- psychiatrischer Status (beinhaltet psychiatrische Diagnose, Geschichte der psychiatrischen Hospitalisation, Schweregrad bei Aufnahme, Vorhandensein von Drogenmissbrauch)
- funktionelle Lebensqualität (beinhaltet Variablen zur Arbeit des Patienten, der Unterstützung seiner Familie, rechtliche Probleme)
- subjektive Lebensqualität (Zufriedenheit mit Leben insgesamt, soziale und familiäre Beziehungen, Finanzen, Freizeitaktivitäten, Umweltsicherheit)
- Behandlungsstufe (freiwillige Einweisung oder Zwangseinweisung)

Obwohl alle fünf Kategorien Einfluss auf eine Outcome-Messung hatten, zeigte sich, dass die Lebensqualität vor dem Klinikaufenthalt in allen Bereichen ein signifikanter Prädiktor war. Eine „hohe“ subjektive Lebensqualität des Patienten vor einer psychiatrischen Behandlung sagte einen Behandlungserfolg voraus, der unabhängig ist vom psychiatrischen Status, den demografischen Merkmalen und dem Behandlungslevel.

Dieses Ergebnis zeigt die Wichtigkeit der Lebenszufriedenheit von Patienten. "Understanding patients' appraisal of their life may help clinical staff tailor treatment to meet patients' needs" (Russo et al., 1997, S. 1 432).

Bei der Bedeutung der Lebensqualität für psychiatrische Versorgung und Forschung postuliert Priebe (1994, S. 87), dass, wenn man in der psychiatrischen Versorgung nicht nur eine Verminderung von Krankheitssymptomen, sondern eine möglichst hohe Lebensqualität

²¹ Messinstrumente zur Erhebung der Lebensqualität bei psychiatrischen Patienten sind beispielsweise das Manchester Short Assessment of Quality of Life MANSA von Priebe, Huxley, Knight und Evans (1999) oder die Subjective Quality of Life Profile SQLP von Dazord et al. (1998).

der Patienten erreichen will, sich daraus verschiedene Konsequenzen ergeben: Psychiatrisches Handeln kann sich dann nicht allein an der medizinischen Krankheitslehre orientieren, sondern muss soziale und psychologische Dimensionen berücksichtigen. Psychiater müssen über den Tellerrand konventioneller psychiatrischer Lehrbücher hinausblicken und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen, z. B. Sozialarbeitern, suchen, deren Kompetenz ihre eigene ergänzt. Um Lebensqualität zu verbessern, muss schliesslich auch eine Perspektive eingenommen werden, die die Biografie des Patienten und langfristige Entwicklungen berücksichtigt.

Die Bedeutung von Lebensqualität von psychiatrischen Patienten bestätigte sich auch in der Studie von Koivumaa-Honkanen, Viinamäki, Honkanen, Tanskanen, Antikainen, Niskanen, Jääskeläinen und Lehtonen (1996), die die Überprüfung von soziodemografischen und klinischen Variablen bezüglich Lebenszufriedenheit der psychiatrischen Patienten zum Ziel hatte. 1 204 psychiatrische Patienten wurden dabei mit der Life Satisfaction Scale gemessen, mit den Resultaten, dass Schizophrene am zufriedensten mit ihrem Leben waren im Vergleich zu den anderen Patienten. Als stärkstes Korrelat zur Lebens-Unzufriedenheit stellte sich einerseits Depression, andererseits mangelnde soziale Unterstützung heraus.

Baer, Domingo und Amsler (2003) liefern eine aufschlussreiche Studie über die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen. Sie interviewten 68 psychiatrische Patienten sowie 16 Angehörige zur Qualität des Lebens. Die jeweils eineinhalbstündigen Interviews wurden mit Hilfe der Inhaltsanalyse ausgewertet. Als daraus resultierende Hinweise für die Lebensqualitätsforschung geben Baer et al. (2003, S. 362) folgende an:

- *Psychisch Kranke können gültige und differenzierte Selbstberichte geben.*
- *Das subjektive Erleben ist aussagekräftiger als die äussere Situation.*
- *Beziehungen verbinden die objektive Situation mit dem subjektiven Erleben.*
- *Beziehungen beeinflussen das Selbstwertgefühl.*
- *Professionelle Beziehungen beeinflussen die Lebensqualität besonders stark.*
- *Psychische Krankheit verändert Dynamik und Bedeutung der Bedürfnisse.*
- *Angehörige psychisch Kranker machen typische Verarbeitungsprozesse durch.*

Bedeutsam erscheinen im Zusammenhang mit meiner vorliegenden Studie die ersten drei Hauptresultate. Beziehungen scheinen in der Lebensqualität eine bislang eher unterschätzte Rolle zu spielen, ein Umstand, der in der Behandlung von psychiatrischen Patienten vermehrtes Augenmerk finden sollte.

Die zunehmende Bedeutung von Lebensqualität bei psychiatrischen Betroffenen spiegelt sich auch im Gesetz wider: So stellt beispielsweise die Psychiatrie-Personalverordnung seit dem Jahr 1991 für die psychiatrischen Kliniken in Deutschland ein bindendes rechtliches Instrument dar, das wesentliche Elemente des Klinikalltags bestimmt. Dabei soll der Patient nicht nur unter psychopathologischen Gesichtspunkten remittieren, sondern mit Priorität in die Gesellschaft reintegriert werden. Die Behandlung wird durch ein multidisziplinäres Team ausgeführt.

Das Mental Health Europe, ein EU-Verbindungsbüro für die Förderung der seelischen Gesundheit, hat Richtlinien zur Verbesserung der gesellschaftlicher Eingliederung von Menschen mit seelischen Problemen erstellt. Involviert dabei waren Gruppen von Psychiatrie-Erfahrenen und Vertreter von Organisationen, die in Österreich, Finnland, Frankreich und Grossbritannien im Bereich der Rehabilitation von Menschen mit seelischen Problemen arbeiten. In diesen Empfehlungen werden Bereiche wie Beschäftigung, Ausbildung, Familienleben, Menschenrechte, Unterkunft, Datenschutz, Familienleben, Freizeitaktivitäten und Gesundheitspflege angesprochen, welche sich, wenn sie beachtet werden, wiederum positiv auf die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen auswirken.

Positiven Einfluss auf die Lebensqualität durch soziale Eingliederung hatte auch ein Versuch von Barry und Crosby (1996), die 29 psychiatrische Patienten, welche durchschnittlich 23 Jahre in psychiatrischen Institutionen verbracht hatten, wieder in die Gesellschaft eingliederten. Die Betroffenen wohnten in Häusern mit von Sozialarbeitern geführten Wohngemeinschaften. Viermalige Messungen (Messinstrument: Lehmans Quality of Life Interview) innerhalb eines Jahres zeigten eine signifikante Verbesserung in den Bereichen Lebensbedingungen, sozialer Kontakt und Freizeitaktivitäten. Die Messung des intraindividuellen Zustandes zeigte jedoch keine Auffälligkeiten.

Folgende drei Studien beschäftigten sich mit dem Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Lebensqualität:

Tomasic (1994) untersuchte 41 chronisch psychiatrische Patienten hinsichtlich der beiden Aspekte Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit und fand heraus, dass die Korrelation zwischen genereller Lebenszufriedenheit und Behandlungszufriedenheit nicht signifikant war. Vielmehr zeigte sich als höchste Korrelation zur Behandlungszufriedenheit die Zufriedenheit mit den täglichen Aktivitäten.

Dieses Ergebnis wird auch in der Untersuchung von Roberts, Pascoe und Attkisson (1983; zit. nach Rentrop et al., 1999, S. 460) bestätigt: Es fand sich bezüglich der Beeinflussung von Behandlungszufriedenheit mit der Lebenszufriedenheit bei psychiatrischen Patienten kein Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten.

Die Studie von Atkinson und Caldwell (1997) evaluiert, in welchem Ausmass Werte der Patientenzufriedenheit und Lebensqualität vom gegenwärtigen Stimmungszustand beeinflusst werden. 37 ambulante psychiatrische Patienten wurden mit einer Assessment Batterie (Global Quality of Life Uniscale measure, Psychiatric Affective Balance Rating Uniscale, Quality of Life Inventory, Patient/Staff Service Appraisal Questionnaire) befragt. Resultat war, dass die Einschätzung des aktuellen Befindlichkeitszustandes der Patienten signifikant mit ihrer globalen Lebensqualität und den Lebensqualitätsbereichen Selbstwert, Lernen, Spielen, Gesundheit korreliert. Die Patientenzufriedenheitswerte wurden jedoch von der aktuellen Befindlichkeit nicht beeinflusst.

Studien über den Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Lebensqualität von psychiatrischen Patienten sind, so musste ich in der Literaturrecherche feststellen, selten. Ob und wie sich der Aspekt der Lebensqualität als bedeutsam für die Patientenzufriedenheit herausstellt, wurde bezüglich der Thematik „Patientenzufriedenheit und Lebensqualität“ kaum erforscht. Es fehlt an entsprechender Forschung.

Den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Patientenzufriedenheit in der vorliegenden Arbeit weiter zu untersuchen, würde für sich eine eigenständige Forschungsarbeit geben und dementsprechend den Rahmen dieser Dissertation eindeutig sprengen. Aus diesem Grund werde ich auch nicht weiter auf diese Thematik eingehen.

3.5.10 Sonstige Merkmale

Folgende Merkmale können die Patientenzufriedenheit ebenso wie die bereits erwähnten Faktoren beeinflussen.

3.5.10.1 Familie und andere Angehörige



Perreault, Paquin, Kennedy, Desmarais und Tardif (1999) bemängeln, dass es zwar viele multidimensionale Fragebögen für Patientenzufriedenheit in Psychiatrien gibt, jedoch ein wesentlicher Faktor meist ausser acht gelassen wird: der Einbezug der Familie und anderer Angehörigen. In ihrer Untersuchung befragten die Autoren 92 stationäre psychiatrische Patienten (Kurzzeitpsychiatrie) mit stabilem Zustandsbild über den wünschenswerten und tatsächlichen Familieneinbezug in die Behandlung sowie die Patientenzufriedenheit.

Die Autoren entwickelten dazu zwei kurze Fragebogen (sechs und sieben Items) bezüglich Präferenzen des Patienten hinsichtlich Familieneinbezug und Zufriedenheit des Patienten mit dem tatsächlichen Familieneinbezug. Zur Messung der Patientenzufriedenheit wurde der Consumer Satisfaction Questionnaire CSQ-8 verwendet; die selbstentwickelten Instrumente zeigten hohe interne Konsistenz von .84 bzw. .70.

Es zeigte sich, dass sich der Grossteil der Patienten einen Einbezug der Angehörigen in die Behandlung wünschte, wobei jedoch 20.7 % der Patienten der Meinung waren, dass man den Angehörigen keine Information über Medikamente mitteilen solle. Es gab keine Korrelation zwischen der Präferenz des Familieneinbezuges und dem Alter. Die tatsächliche Zufriedenheit mit dem Einbezug der Familie, v.a. hinsichtlich des Respektes des Spitalpersonals gegenüber der Familie, erreichte hohe Werte. Ein relativ hoher Prozentsatz von 35.6 % der Patienten beklagte die mangelnde Information an die Angehörigen bei Änderungen im Behandlungsplan.

Die Autoren Perreault et al. (1999) sind überzeugt, dass „the results of this study suggest that the involvement of relatives in treatment is an important dimension to consider in the evaluation of preferences and satisfaction of patients regarding hospital services“ (S. 163) und weiters: "It is important to recognize the significant role that family intervention plays in the orientation of patient treatment, as well as the influence that patients' personal opinions will have on the establishment of family-staff contacts." (S. 158)

In ihrer Literaturrecherche findet Ruggeri (1994) zwar Dimensionen wie Organisation des Service, aber auch hier zeigt sich, dass der Aspekt des Einbezugs der Familie in die Behandlung von psychiatrischen Patienten in vielen Studien bzw. Messinstrumenten vernachlässigt wurde. Eine Ausnahme bilden die Messinstrumente Verona Service Satisfaction Scale VSSS von Ruggeri (1993) und der Picker Fragebogen von Cleary et al. (1991), Ruggeri (1993) sogar noch mit eigenen Versionen für Familie, Personal und Patient (siehe Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente).

Gemäss Bernheim (1990; zit. nach Perreault et al., 1999, S. 158) gibt es vier Hauptfaktoren, die einen Einbezug der Familie in die psychiatrische Behandlung rechtfertigen:

- Deinstitutionalisierung
- emotionaler, finanzieller und interpersoneller Einfluss, die eine psychische Krankheit auf den Rest der Familie haben kann
- Effizienz von psycho-educational Interventionen, v.a. bei Personen mit Schizophrenie
- Evaluation von Theorien hinsichtlich der Rolle der Familie auf psychiatrische Störungen

Auch Manderscheid (1998; zit. nach Howard et al., 2001, S. 10) betont die Wichtigkeit des Familieneinbezuges. Zukünftig müssen Dienstleistungen und Behandlungen im Mental Health Bereich auf Konsumenten *und* deren Familien zugeschnitten werden. Familien und Patienten wünschen sich einen Zugang zu Dienstleistungen, die ein vielfältiges Angebot bieten, inklusive einer Unterstützung von Gleichgesellten. Oftmals entscheiden Patienten und deren Familien gemeinsam aufgrund der wahrgenommenen Qualität und Behandlungswirksamkeit, die sie erhalten haben.

Die Autoren Perreault et al. (1999, S. 159 ff.) führen eine Vielzahl an Studien an, die die Bedeutung der Familie in einer psychiatrischen Behandlung unterstreichen: Zastowny et al. (1992) konnten zeigen, dass der Einbezug der Familie in die Behandlung des Patienten eine Verbesserung von bestimmten Aspekten des Patienten bewirkte. So verbesserte sich beispielsweise das Sozialverhalten der Patienten oder der Aufenthalt ausserhalb der Klinik. Zudem wird sich der Patient der Ressourcen in der Gemeinschaft stärker bewusst und nimmt seine Krankheit nicht mehr so sehr als Last wahr. In den Studien von Solomon et al. (1996), Zipple und Spaniol (1987), Paquin et al. (1993) kam heraus, dass der Einbezug der Familie

in die Behandlung die Kompetenzen der Familie bestärkt, die Behandlung des Patienten verbessert und den Informationsfluss zwischen Angehörigen und Klinikpersonal fördert.

Obwohl sie auf eine kleine Stichprobe ($n = 82$) basieren, überraschen die Ergebnisse von Merinder, Laugesen, Viuff, Espensen, Misfelt und Clemmensen (1999): Sie verglichen die Behandlungszufriedenheit von schizophrenen Patienten mit der Zufriedenheit ihrer Angehörigen in zwei gemeindepsychiatrischen Einrichtungen. Als Messinstrumente verwendeten die Autoren dabei die Verona Service Satisfaction Scale VSSS in den beiden Versionen für den Patient und für die Familie.

Es zeigten sich generell hohe Zufriedenheitswerte sowohl bei den Patienten als auch seiner Familie. Die Familie zeigte jedoch signifikant geringere Zufriedenheitswerte als die schizophrenen Patienten. Die geringsten Zufriedenheitswerte erhielt dabei die Dimension "Einbezug der Familie". Hier war die Familie signifikant unzufriedener als der Patient. Die Autoren vermuten, dass die Unzufriedenheitswerte wahrscheinlich auf die Belastung der Familie durch die Krankheit zurückzuführen ist. Zudem könnte die Chronifizierung der Krankheit ein Grund für die Unzufriedenheit der Familie sein: Die Familie verliert das Vertrauen in die Medizin und in die dabei beteiligten Berufsgruppen, wenn sie realisiert, dass die Krankheit chronisch ist.

Hohe Problemwerte, d.h. hohe Unzufriedenheit in der Dimension „Einbezug der Familie“, konnten auch Bughra et al. (2000), Grella und Grusky (1989; zit. nach Ruggeri, 1994, S. 218) sowie Coulter und Cleary (2001) in ihrem Fünf-Länder-Vergleich bezüglich der Patientenzufriedenheit in somatischen Kliniken nachweisen.

Laut Plog (1999) hat in den letzten Jahren die Angehörigenarbeit, sowohl mit Unterstützung von Professionellen als auch in Selbsthilfegruppen und Selbstorganisationen stark zugenommen. Angehörige nehmen teil am Leiden und an der Lösungsgestaltung von Patienten. Sie sind selbst „Betroffene und Helfer zugleich“ (Bertram, 1986; zit. nach Plogg, 1999, S. 578).

Zudem ist die Familie eine Alternative zur psychiatrischen Institution geworden. Solomon (1994) schätzt, dass zwischen 30 % bis 90 % der psychiatrischen Patienten nach Entlassung aus der Psychiatrie zurück in ihre Familie gehen. Sie interviewte Familienmitglieder von psychiatrischen Langzeitpatienten ($n = 193$) und berichtet - ebenfalls wie Meringer et al. (1999) - über Unzufriedenheit bei der Familie, v.a. bezüglich dem fehlenden Informations-

fluss von seiten des Spitals und fehlendem Einbezug in den Behandlungsprozess des kranken Angehörigen.

Die Familienmitglieder drückten oftmals den Wunsch aus, dem Angehörigen helfen zu wollen, sahen sich aber eher nicht in der Lage, mit dieser Situation (Patient bei ihnen zuhause) adäquat umzugehen. Die Familien brauchen dafür, so die Autorin, unbedingt Informationen über die Krankheit, Medikamente und Verhaltensratschläge, praktische Hinweise sowie realistische Erwartungen über den Krankheitsverlauf, um mit dieser Situation entsprechend positiv umgehen zu können.

Generell ist heute die Last, die Angehörige psychisch Kranker zu tragen haben, ein zunehmend verbreitetes Thema. Es scheint dabei wichtig, dieses Bild der Last nicht einseitig zu verstehen: Angehörige tragen nicht nur eine äussere Last in dem Sinne, dass sie viel ertragen müssen wegen ihrer erkrankten Familienmitglieder. Sie tragen auch eine innere Last, weil sie gezwungen werden, sich mit psychischer Krankheit in der Familie auseinander zu setzen. Zu dieser inneren Last der Krankheitsintegration gehört auch, dass Angehörige sich mit Schuld- und Schamfragen beschäftigen müssen, und zwar nicht nur weil diese von aussen an sie herangetragen werden (was nicht selten der Fall ist), sondern auch, weil solche Gefühle von innen kommen.

Obwohl der Bereich Angehörige und deren Einbezug in der qualitativen Phase nicht angesprochen wurde, werden aufgrund der Forschungslage Items bezüglich des Familieneinbezuges im Pilot-Fragebogen aufgenommen, analog dem Satz von Dörner, Egetmeyer und Koenning (1997) „Psychiatrisches Handeln bedeutet, dass ich mich nie auf einen Einzelmenschen, sondern immer auf die ganze Familie einlasse“ (S. 65).

3.5.10.2 Zwangseinweisung und Zwangsmassnahmen

Der psychisch kranke Mensch kann gegen seinen Willen bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung in eine Anstalt eingewiesen und gezwungen werden, eine medizinische Behandlung zu erdulden (Fürsorgerischer Freiheitsentzug, Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz; siehe auch Pkt. 1.6 Psychiatrierelevante Rechtsbestimmungen).

In den meisten Studien wird über erhöhte Unzufriedenheitswerte von zwangseingewiesenen Patienten berichtet. In der Untersuchung von Swoboda et al. (2000) beispielsweise bewerteten zwangseingewiesene Patienten die Atmosphäre, die Erwartungen über den Therapieerfolg sowie hinsichtlich der ärztlichen, pflegerischen und psychotherapeutischen Behandlung signifikant schlechter als freiwillig aufgenommene Patienten; Hansson (1989; zit. nach Ruggeri, 1994, S. 218) berichtet über eine negative Korrelation von Zufriedenheit mit Zwangseinweisungen, ebenso wie Greenwood, Key, Burns, Bristow und Sedgwick (1999), Spiessl et al. (1995) und Swoboda et al. (2000).

Auch Spiessl et al. (1996) berichten in ihrer Studie über erhöhte Unzufriedenheitswerte von Patienten der forensischen Abteilung gegenüber Patienten auf der geschlossenen Abteilung. Letztere waren wiederum unzufriedener als Patienten auf der offenen Station. Svensson und Hansson (1994) berichten über zwangseingewiesene Patienten, die signifikant unzufrieden mit dem physischen und psychosozialen Umfeld, dem Behandlungsdesign und dem Behandlungsprogramm in der psychiatrischen Klinik waren (wobei hier die Anzahl der Befragten insgesamt nur mehr 50 Patienten waren), ebenso wie Bughra et al. (2000), deren untersuchte zwangseingewiesene Betroffenen ebenfalls hinsichtlich der generellen Zufriedenheit signifikant unzufrieden waren.

Eine äusserst interessante Untersuchung zum Thema Zwangsmassnahmen²² aus der Sicht der Patienten liefern die Autoren Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997). In der Studie wurden während eines halben Jahres alle Patienten, die Zwangsmassnahmen unterworfen waren, kurz darauf und gegen Ende der stationären Behandlung befragt. Parallel hierzu wurden Patienten interviewt, die keine Zwangsmassnahme erlitten hatten (als Kontrollgruppe). Untersucht wurde, ob beide Gruppen sich in den Beurteilungen der eigenen Befindlichkeit und der Behandlung unterscheiden, ob diese Urteile über die Zeit konstant bleiben und ob sich insbesondere Wahrnehmung und Akzeptanz von Zwangsmassnahmen im Verlauf der Behandlung verändern.

Die Patienten der Untersuchungsgruppe (n = 36) erlebten sich zu beiden Untersuchungszeitpunkten in einer wesentlich geringeren Masse als psychisch krank (Instrument: semi-strukturiertes Interview, 17 Items, selber entwickelt) und waren weniger zufrieden mit der Behandlung als die Patienten der Kontrollgruppe (n = 29). Am Ende der Behandlung schätzten sich alle Patienten rückblickend als deutlich kränker und gefährdeter ein als zu Beginn, und

²² Unter Zwangsmassnahmen werden Massnahmen, die gegen den Willen des psychiatrischen Patienten durchgeführt werden, verstanden, wie beispielsweise Fixierung, Zwangsmedikation etc.

die Behandlung wurde von den Patienten der Untersuchungsgruppe positiver bewertet als zu Anfang.

Unmittelbar nach der Zwangsmassnahme verneinten 25 % und gegen Ende der stationären Behandlung sogar 42 % der Befragten, während des Aufenthaltes einer Massnahme gegen ihren Willen unterworfen gewesen zu sein, während vier Kontrollpatienten dies bejahten. Dabei nahm - im Gegensatz zu Befunden in der Literatur - die Akzeptanz der angegebenen Zwangsmassnahmen im Verlauf der Behandlung eher ab.

Restriktive Massnahmen wie Isolierung und Fixierung werden, so die Autoren Spiessl et al. (1995, S. 158), von Patienten grundsätzlich abgelehnt.

EXKURS

Der Umgang mit Aggressionen und Gewalt in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz ist kürzlich erstmals erfasst worden („Mehr Personal nötig“, 2002). Die befragten 86 Akutstationen in 32 Kliniken zeigten, dass 78 % der befragten Stationen über Isolierzimmer verfügen. In 60 % der Stationen sind Bettgurte vorhanden. Die Studie kommt zum Schluss, es bestehe ein erheblicher Bedarf nach Verbesserungen im Bereich der Schulung, im Monitoring, in der Risikoeinschätzung und bei den Nachbesprechungen von Zwangsmassnahmen. Wie häufig in Schweizer Kliniken Zwangsmassnahmen angewandt werden, wurde bisher nicht untersucht.

Die schweizerische Interessensvertretung Pro Mente Sana kritisiert vor allem den Entwurf eines neuen Patientenrechtsgesetzes, der sehr umfassende Zwangsmassnahmen vorsieht. So sollen beispielsweise Patienten gezwungen werden können, nicht nur in Kliniken, sondern auch in ambulanten Behandlungen regelmässig Medikamente einzunehmen. Auch Gefängnisse unterstehen dem Gesetz. Das Gesetz sei zu undifferenziert, und es brauche Drittpersonen, die eine Kontrolle wahrnehmen. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich teilt diese Befürchtungen nicht. Behandlungen gegen den Willen des Patienten seien laut dem neuen Patientenrechtsgesetz auf Ausnahmesituationen beschränkt und an enge Vorgaben gebunden (Haag & Bach, 2002).

Problematisch bezüglich *Zwangseinweisungen* erscheint der Artikel „Mängel beim fürsorgerischen Freiheitsentzug“ (2001), in dem bei 80 von 100 Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken im Kanton Zürich (rund 2 000 Personen werden jährlich gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen) inhaltlich oder formal Mängel festgestellt

wurden²³. In der Hälfte der Fälle unterblieb der Hinweis auf Rekursmöglichkeiten, wobei hier besonders Hausärzte schlecht abschnitten. Mit zunehmender Spezialisierung der Ärzte verbesserte sich auch die Qualität der einweisenden Zeugnisse. Grund für die "Schlampereien" bei Zwangseinweisungen könnte sein, dass sie meist in der Hitze des Gefechts verfasst werden, da es sich um Notfälle handelte.

Ein bitteres Kapitel in Bezug auf Zwangsmassnahmen ist die Zwangssterilisation bzw. Zwangskastration. Huonker (2002) führte im Auftrag des Sozialdepartements der Stadt Zürich eine Untersuchung durch, in der Zwangsmassnahmen der Fürsorge und Anstaltspsychiatrie zwischen 1890 und 1970 unter die Lupe genommen werden.

Allein in Zürich wurden von 1890 bis 1970 tausende Frauen und Männer aus oft rassenhygienischen Gründen zwangssterilisiert und zwangskastriert²⁴. Sozialhygienische Massnahmen sollten die Erzeugung von sozial, geistig und moralisch minderwertigen Menschen verhindern. Eheverbot, Sterilisation und Kastration gehörten zu diesen Massnahmen. Versorgung in Anstalten gemäss Administrativhaft ohne Gerichtsverfahren war bis in die sechziger Jahre rechtens, Rekurse gegen psychiatrische Zwangseinweisungen sind im Kanton Zürich erst seit 1981 (!) möglich.

Pikantes Detail am Rande: Der Eugenik-Verfechter Dr. Auguste Forel ist 1976 mit einem Porträt auf der damals neuen Banknotenserie geehrt und verewigt worden: auf dem höchsten Geldschein, der Tausendernote.

Auf die Aspekte der Zwangseinweisung und Zwangsmassnahmen wird im quantitativen Teil der Studie bei der Überprüfung von Zusammenhängen eingegangen.

3.5.10.3 Einrichtung und Rückzugsmöglichkeit

Dass die bauliche Gestaltung auf therapeutische Prozesse (sowohl in der Psychiatrie als auch in der somatischen Medizin) Einfluss nimmt, führt Müller (2000, S. 929) an. So ergab eine Studie an Patienten, die sich einer Operation unterzogen hatten, dass diejenigen, die von ihrem Bett aus auf eine Baumgruppe blickten, deutlich weniger postoperative Komplikationen hatten und weniger schmerzstillende Mittel benötigten als diejenigen Patienten, die nur auf eine monotone Ziegelwand schauen konnten. Eine Vergleichsuntersuchung an

²³ In der PUK Basel wird bei ca. 10 bis 20 % der Zwangseinweisungen ein Rekurs erhoben.

²⁴ Marti (2002) berichtet eindrücklich über die Schweizer Rassenhygiene anhand eines Fallbeispiels (zwangskastrierter Mann).

Patienten einer Intensivstation erbrachte, dass Patienten auf einer solchen Station ohne Fenster mehr als doppelt so häufig psychiatrische Symptome aufwiesen wie vergleichbare Patienten auf einer Intensivstation mit Fenster.

Für Psychiatrie und Psychotherapie ist die baulich-therapeutische Umgebung aus verschiedenen Gründen ganz besonders wichtig: Die Patienten halten sich in der Regel bedeutend länger als somatisch kranke Patienten in der Klinik auf und sie sind in den wenigsten Fällen bettlägrig; aufgrund der Krankheitsbilder sind häufig Stimulation und Motivation von aussen erforderlich, hierzu kann die bauliche Umgebung und Ausstattung erheblich beitragen. Ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl kann durch ein wohlwollendes und angenehmes Ambiente unterstützt werden, so Müller (2000, S. 930), umgekehrt ist es spätestens seit der Gotik bekannt, dass Architektur Angst und Unsicherheit vermitteln kann, beispielsweise durch lange Gänge und hohe Räume.

Und in einer Zeit, in der der Patient immer mehr zum Kunden wird, ist es nicht verwunderlich, wenn nicht mehr von „Einrichtungen“ in Kliniken, sondern von Hotellerie gesprochen wird (Minimalanforderungskatalog der kq Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse).

Eine gute Einrichtung alleine reicht jedoch nicht aus, wenn die menschliche Interaktion fehlt, die den Patienten Fürsorge und Verständnis vermittelt und ihnen das Gefühl gibt, am Prozess der Behandlungsplanung teilzunehmen, so die Autoren Coulter, Atkins, Bailey, Blatt, Blashford und Shumway (1998, S. 141) schlussfolgernd zu ihrem Pilotprojekt der Verbesserung der Patientenzufriedenheit an der Cleveland Clinic Foundation.

Dennoch stellt die bauliche Umgebung einen bedeutenden Faktor für die Patienten dar. Craig, Patel, Lee-Jones und Hatton (2000) führten einen Versuch durch, in dem sie qualitativ überprüften, ob sich eine räumliche Trennung in zwei psychiatrische Einheiten nach der Diagnose auf die Zufriedenheit von Patienten ab 65 Jahren auswirke. Sie trennten die psychiatrischen Patienten in zwei Gruppen: Einerseits wurden die funktionellen Störungen wie Angst, Depression etc. zusammengefasst, andererseits die kognitiven Beeinträchtigungen wie organisch bedingte Krankheiten (Demenz).

Die Ergebnisse belegten eine deutliche Zunahme der Patientenzufriedenheit bei nach der Diagnose getrennten räumlichen Einteilungen. Am meisten von dieser Trennung profitierten Patienten mit funktionellen Störungen.

Die Wichtigkeit baulicher Massnahmen kommt auch hinsichtlich der Rückzugsmöglichkeit zum Tragen. Psychiatrische Patienten wünschen sich einen Raum, wo sie sich zurückziehen können. Dies zeigt sich auch im qualitativen Ergebnis der dritten Hypergestalt „Rückzugsmöglichkeit, Einbettzimmer und Fernseher“ mit folgendem Text:

Es ist wichtig, dem Patienten Rückzugsmöglichkeiten zu bieten, um das Gefangengefühl zu reduzieren. In Mehrbettzimmern ist keine wirkliche Rückzugsmöglichkeit gegeben, auf der anderen Seite kann eine Unterbringung in Einzelzimmern sowie die Ausstattung der Räume mit einem Fernseher bei bestimmten Patienten zu einer unerwünschten Isolierung führen (Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten).

Die Bedeutung von Rückzugsmöglichkeiten spricht Müller (2000, S. 931) in seinem Beitrag ebenfalls an. Er ist der Meinung, dass das Erleben, eine eigene Privatsphäre zu haben, für die Therapie von hoher Relevanz ist. Wenn die räumlichen Bedingungen keine Regulierung der Privatheit ermöglichen, weil kein Rückzug und keine Intimität möglich sind, wird die Umwelt als unkontrollierbar erlebt. Der Verlust von Kontrollmöglichkeiten kann einerseits Erregungszustände mit sich bringen, andererseits aber auch erlernte Hilflosigkeit sowie depressives Verhalten mit Verweigerung fördern.

Rückzugsmöglichkeiten sind für den Autor unabdingbare Forderungen an die Psychiatrie. Ein entsprechendes Item befindet sich im Pilot-Fragebogen.

3.5.10.4 Mitpatient und Hausordnung

In der Untersuchung von Elbeck (1992), in der er 40 Patienten 50 Items beurteilen liess, die sich durch Interviews ergeben haben, waren bezüglich des Aspektes „zwischenmenschliche Beziehung“ zwei Items hervorstechend (unter den ersten zehn): Einerseits das Item „Ich hätte gerne mehr Freundschaft zum Personal geschlossen“, andererseits das Item „Ich hätte gerne Freundschaft mit den Mitpatienten geschlossen“.

Die Autoren Berghofer, Lang, Henkel, Schmidl, Rudas und Schmitz (2001) verglichen stationäre und ambulante Langzeitpatienten in Psychiatrien (länger als drei Monate in Behandlung) mit ambulanten und stationären psychiatrischen Patienten bezüglich ihrer Zufriedenheit (n = 420). Eines der Hauptergebnisse war, dass Langzeitpatienten ihre Mitpatienten signifikant positiver wahrnehmen als ambulante Patienten. Diese Bedenken der ambulanten Patienten gegenüber Mitpatienten sollten, so die Autoren, in der Erstbehandlung angesprochen werden.

In der inhaltsanalytischen Auswertung des qualitativen Studienteils (n = 80) von Holmes et al. (1998) zeigte sich, dass der Kontakt mit den Mitpatienten von psychiatrischen Patienten als hilfreich angesehen wurde: Der Kontakt gab den Patienten das Gefühl, nicht alleine mit ihrem Problem dazustehen bzw. zu sehen, dass andere ähnliche Probleme haben wie sie selbst: „There are people around that I can talk to, who can understand; they make me feel less of a freak. I am not the only one" (S. 363).

Die Bedeutung des Aspektes "Mitpatient" wurde auch von Rich (1994) betont, der in seiner Fragebogenentwicklung den gleichnamigen Faktor extrahierte.

Die im Fragebogen-Entwurf enthaltene Frage „Gab es mit Mitpatienten Konfliktsituationen, die Sie belasteten?“ wurde in der Evaluation als zu gering bewertet, um in den Test-Fragebogen einfließen zu können.

Obwohl sich das Thema *Hausordnung* in der qualitativen Auswertung als bedeutend herauskristallisiert hat (siehe Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten) und sich auch gelegentlich in Fragebögen zur Patientenzufriedenheit finden lässt (z.B. Rosenheimer Fragebogen zur Patientenzufriedenheit; Semmler, 1998), wurde das Item in der Evaluation nicht bestätigt. Wahrscheinlich liegt der Grund darin, dass mit der Frage nach der Aufklärung über Rechte indirekt auch die Hausordnung betroffen ist. In psychiatrischen Kliniken wird oftmals ein so genannter Freiwilligenschein ausgefüllt, in dem explizit eine Akzeptanz der Hausordnung per Unterschrift erwähnt ist.

3.5.10.5 Entlassung und Nachbetreuung

In der Regel wird die Nachbetreuung von der psychiatrischen Klinik bereits während des Aufenthaltes, meistens in der Entlassungssituation, geregelt. Die meisten Messinstrumente enthalten die Bereiche Entlassung und Nachbetreuung, wenn auch oftmals mit einem einzigen Item (siehe Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente).

Die Untersuchung von Reiley, Pike, Phipps, Weiner, Miller, Stengrevics, Clark und Wandel (1996) zeigte eine hohe Unzufriedenheit (20 %) der 100 befragten Patienten mit der Entlassungssituation im Beth Israel Hospital in Boston (Messinstrument Picker Fragebogen), v.a. hinsichtlich der Kontinuität der Entlassung. Als Interventionen wurden Patienten- und Familiengruppendiskussionen vorgeschlagen, anhand derer Richtlinien für die Entlassungssituation umgewandelt. Die Richtlinien involvierten Bereiche wie vermehrter Familien-

einbezug in die Entlassungssituation, vermehrte Nachbetreuung, vermehrte Informationsgabe über den weiteren Krankheitsverlauf und frühzeitige Information über die Entlassung, um Stress in der Entlassungssituation entgegenzuwirken und eine Kontinuität der Entlassungssituation zu gewährleisten, und wurden umgehend auf der Kardiochirurgie in die Praxis umgesetzt.

Bei einer nochmaligen Patientenzufriedenheitsmessung drei Jahre später konnte der Problemwert verringert werden: Von ursprünglich 20 % berichteten nur mehr 6 % der Patienten über Probleme in der Entlassungssituation.

Dass jedoch eine intensive Nutzung des Nachbetreuungsangebotes mit einer geringeren Rehospitalisierung von psychiatrischen Patienten einhergeht, widerlegt die Studie von Dietzen und Bond (1993). In ihrer Studie untersuchten die Autoren Rehabilitationsprogramme, die Patienten mit schweren geistigen Störungen nach ihrer Entlassung aus der Psychiatrie als Nachbetreuungsmöglichkeit durchführen konnten. In die Studie einbezogen wurden 155 Patienten, die durchschnittlich 10.6 % ihres Lebens in Psychiatrien verbracht hatten.

Entgegen der Hypothese, dass, je intensiver diese Nachbetreuung in Anspruch genommen wird, umso besser der Ergebniswert beim Klienten (Outcome) und umso geringer die Rehospitalisationsrate ist, korrelierte die Intensität des Services nicht mit dem Klienten-Outcome. Die Autoren mussten ihre Hypothese "more services are better" (Dietzen & Bond, S. 842) revidieren. Es gibt keine lineare Beziehung zur Nachbetreuungsintensität und dem Klienten-Outcome.

Die Autoren schlossen daraus, dass Kliniken nur mehr ein Minimum an Dienstleistungen in der Nachbetreuungssituation anbieten müssen, dieses jedoch individuell auf den Patienten zugeschnitten, um die Rehospitalisierungsrate von Langzeitpatienten in der Psychiatrie senken zu können.

Über die Nachbetreuung als Komponente der Patientenzufriedenheit bei Patienten mit affektiven Störungen berichten Eyers et al. (1994), die die Verfügbarkeit einer Nachbetreuung und administrative Aspekte als zweiten Faktor extrahierten. Der Faktor beinhaltet die Verfügbarkeit von ambulanten Terminen wie auch die Möglichkeit einer stationären Wiederaufnahme und Zugang zum Personal bei Rückfällen.

Im vorliegenden Pilot-Fragebogen wurde auf den Aspekt der Entlassung und Nachbetreuung mit einem eigenen Frageblock (Entlassung und Nachbetreuung) eingegangen.

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend kann zu den Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit gesagt werden, dass die systematische Erfassung der Patientenzufriedenheit durchgängig eine positive globale Bewertung psychiatrischer Institutionen durch ihre Patienten zeigt, wobei soziodemografische Merkmale und klinische Vorerfahrungen der Patienten widersprüchliche Korrelationen mit der Bewertung der jeweiligen psychiatrischen Behandlung aufweisen, während eine aktuelle psychopathologische Symptomatik stets mit einer negativeren Behandlungsbewertung assoziiert ist.

Methodische und inhaltliche Probleme relativieren die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

3.6 Neue Wege in der Psychiatrie

Der allgemeine Trend im psychiatrischen Bereich geht eindeutig in Richtung einer Reduktion der stationären Versorgung und eines Ausbaus von ambulanten und teilstationären Institutionen, um die psychiatrische Grundversorgung zu dezentralisieren. Bei Vergleichen unterschiedlicher Behandlungssettings bewerten Patienten teilstationäre und gemeindepsychiatrische Settings positiver als vollstationäre und konventionelle Behandlungsangebote, so die Autoren Gruyters und Priebe (1994) in ihrem Übersichtsartikel über Studien bezüglich Patientenzufriedenheit in Psychiatrien.

Auch Horvitz-Lennon, Norman, Gaccione und Frank (2001) berichten in ihrem Vergleich zwischen partieller und stationärer Hospitalisation über ähnliche Ergebnisse. In ihrem Literaturreview von 1957 bis 1997 zeigte sich keine Evidenz dafür, dass die partielle Hospitalisation weniger effektiv bezüglich der Behandlung von geistig gestörten Erwachsenen mit einer gemässigten diagnostizierten Störung ist als der stationäre Aufenthalt ist. Es zeigte sich sogar, dass Patienten und deren Familie in einer partiellen Hospitalisation zufriedener sind als Patienten in einer stationären Hospitalisation. Die Autoren unterstützen auch bezüglich des Kostenfaktors einen teilstationären Aufenthalt als Alternative zum stationären Aufenthalt.

Einen sehr interessanten Literaturreview über den Forschungsstand bezüglich der Betreuungsform des „Community Mental Health Team Management“ (kurz CMHT) bei schwer geistigen Störungen geben die Autoren Simmonds, Coid, Joseph, Marriott und Tyrer (2001). Das CMHT besteht aus multidisziplinären Teams, die darauf abzielen, Behandlungen weg

vom Spitalsetting durchzuführen und eine Reihe von Interventionen anzubieten, die patientenindividuell zugeschnitten werden.

Die Autoren eruierten, dass im Vergleich mit anderen Standardtypen in der Betreuungsform des CMHT eine geringere Selbstmordrate, eine geringere Behandlungsunzufriedenheit und eine geringerer Drop-out-Rate zu verzeichnen war. Zudem verkürzt sich die Dauer der stationären Behandlung, was sich auch in einer Reduktion der Behandlungskosten niederschlägt. Keine Korrelation konnte bezüglich der klinischen Symptomatik und dem sozialen Gefüge gefunden werden.

In der Studie von Korkeila, Lehtinen, Sohlman und Touri (1998) wurden 240 psychiatrische Patienten, die in gemeindepsychiatrischen Versorgungsstellen in Finnland betreut wurden, nach ihrer Zufriedenheit befragt (n = 134). Als Instrument diente der von Hansson und Hoeglund (1995) entwickelte Zufriedenheitsfragebogen. Die Ergebnisse zeigten eine sehr hohe Zufriedenheit der Patienten mit dieser Art der Versorgung, 72 % der Patienten gaben an, dass sich ihre psychischen Probleme durch die Inanspruchnahme der gemeindepsychiatrischen Hilfe verbessert haben, die angebotene Hilfe wurde mit 76 % als gut oder exzellent beurteilt.

Auch in der Schweiz lancieren verschiedene Projekte im psychiatrischen Bereich, die zum Ziel haben, die „mit der Psychiatrie unter die Leute zu gehen“ (Keller, 2001, S. 17): Es entstehen für Psychiatrie-Betroffene Wohngemeinschaften, Ateliers (Suter, 2002) oder Berufsintegrationsprojekte wie die Anstellung von psychisch behinderten Menschen in Restaurants (Frey, 2002). Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften stellen so eine Organisationsform dar, die das Entstehen kooperativ organisierter Hilfen erleichtern.

Das Interesse an der Sichtweise der psychiatrischen Patienten spiegelt sich auch in der zunehmenden Propagierung des so genannten Empowerment-Ansatzes (Gruyters und Priebe, 1994, S. 89) wider. Hier stärken v.a. Selbsthilfegruppen das Selbstbewusstsein von Betroffenen und ihren Angehörigen. Bereits 1987 zeigte eine Untersuchung von Long and Bourne (zit. nach Ruggeri, 1994, S. 218) in England, dass die Zufriedenheit von Angstpatienten (n = 106) mit der Einrichtung einer Selbsthilfegruppe gesteigert werden konnte. Bei Wright et al. (1989; zit. nach Ruggeri, 1994, S. 218) zeigte sich sogar eine höhere Zufriedenheit der Selbstbetroffenen (n = 93) mit den angebotenen Unterstützungsprogrammen der Selbsthilfegruppe als mit Programmen in den psychiatrischen Kliniken selbst.

Im Kanton Winterthur heisst das Schlagwort „Integrierte Psychiatrie“. Es werden Projekte wie der Ausbau eines gerontopsychiatrischen Kompetenzzentrums, die Einrichtung eines Kriseninterventionszentrums oder Einrichtung von Wohngemeinschaften²⁵ durchgeführt. Damit spielt die Region Winterthur mit diesem Modell eine Vorreiterrolle innerhalb des Psychiatriekonzeptes des Kantons Zürich. Es entsteht eine neue, menschlichere Psychiatrie, die näher bei der Bevölkerung ist.

Einen nächsten Schritt in der gemeindepsychiatrischen Versorgung stellt die Studie von Boardman, Hodgson, Lewis und Allen (1999) dar. Die Autoren überprüften zwei gemeindenahen Versorgungseinrichtungen, die sich dadurch unterschieden, dass die eine Einrichtung (Experimentalgruppe, n = 110) - im Gegensatz zur zweiten Einrichtung (Kontrollgruppe, n = 67) - zusätzlich über stationäre Einrichtungen für „non-acute residents („bungalow““ (Boardman et al., 1999, S. 71) verfügt. Die Ergebnisse waren signifikant bessere Outcome-Werte in der Experimentalgruppe, signifikant erhöhte Bedürfnisbefriedigung und höhere Zufriedenheit mit den Dienstleistungen.

Die Autoren empfehlen - sozusagen als Ergänzung zu psychiatrischen Kliniken - in gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen ebenfalls stationäre Einheiten anzubieten. Ambulante Hilfen sollten gegenüber stationären Priorität erhalten, das Krankenbett „ist nicht als Ausgangspunkt von Hilfen zu betrachten, sondern nur als eine Möglichkeit“ so Plog (1999, S. 578).

In einer interessanten Untersuchung von Gromann (1996) wurden 19 Interviews mit ehemaligen psychiatrischen Patienten durchgeführt. Gestellt wurde nur eine einzige Eingangsfrage: Welche Erfahrungen haben die Betroffenen mit Hilfen und Einrichtungen ausserhalb der psychiatrischen Klinik gemacht, was fanden sie persönlich gut und was schlecht? Die Interviews wurden mit Hilfe der Inhaltsanalyse ausgewertet und zeigten die drei Bereiche Wohngemeinschaft, ambulante Therapie und Kontakt mit Mitarbeitern nicht-klinischer Einrichtungen auf.

Bezüglich der *Wohngemeinschaft* stehen ganz im Vordergrund die Belastungen durch Mitbewohner. Der Grund für diese Belastung könnte, so die Autoren, folgender sein: Man erhofft sich eine deutliche Linderung der eigenen Isolation durch die Gemeinschaft, trifft aber dabei auf andere Menschen, deren Anpassungs- und Abstimmungsprobleme im mitmenschlichen

²⁵ Im Kanton Winterthur entstand die erste WG für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Wohnform versteht sich nicht als Konkurrenz zu Heimen, sondern als Ergänzung. Kostenpunkt: 380 Fr./Tag.

Kontakt meist übergross sind. Die Lebensform WG stellt ja auch an „gesunde“ Menschen hohe Anforderungen, was Toleranz und Kommunikationskompetenz betrifft.

Bezüglich der *ambulanten Therapie* beschäftigen sich die (negativen) Äusserungen mit dem Thema, zuviel Medikamente nehmen zu sollen bzw. nur noch mit Medikamenten behandelt zu werden. Als positiv wird gewertet, dass eine Therapie Symptome zum Verschwinden gebracht hat und dass ein Therapeut/Behandler die krisenfreie Zeit des Kontakts nutzt, um Betroffene zu ermuntern, für sich ein soziales Netz aufzubauen.

Im Bereich *Mitarbeiter nichtklinischer Angebote* stellt sich das Thema „Kontakte“ als bedeutungsvoller dar, da die Anzahl der Mitarbeiter geringer ist als in der Psychiatrie. Bedeutend kristallisieren sich dabei in der Beurteilung des Mitarbeiterverhaltens das Vertrauen, die Nähe bzw. Distanz und die Erreichbarkeit heraus.

Zusammenfassend bewerten psychiatrische Betroffene offensichtlich Einrichtungen und Behandlung tendenziell positiv. Im Kontext ihrer Geschichte sind sie aber in der Lage, sich differenziert und kritisch zu äussern. Freiwillige, offene und flexible Angebote, wie dies beim sozialpsychiatrischen Dienst der Fall ist, werden dabei besonders geschätzt.

Doch nicht immer sind diese neuen Wege in der Psychiatrie von Erfolg gepflastert, wie das psychiatrische Reformgesetz von 1978 in Italien beweist. Für die Behandlung und Betreuung von psychisch Kranken beinhaltet dieses Reformgesetz die Auflösung der Grossspitäler und den Aufbau eines umfassenden gemeindenahen Versorgungsnetzes. De Girolamo (2001) kritisiert in seinem Artikel, dass bisher in den 22 Jahren seit der Erlassung nur der Punkt bezüglich Auflösung der Psychiatrien realisiert wurde - praktisch alle 76 früheren psychiatrischen Spitäler wurden geschlossen.

Hinterhuber, Liensberger, Tasser, Schwitzer, Rizzuti und Meise (2001) gehen noch einen Schritt weiter: Sie sind der Meinung, dass in Italien seit 1978 „die Behandlung psychiatrischer Patienten [...] uneinheitlicher wie kaum je zuvor“ (S. 501) ist. Als Hauptproblem sehen sie die Dominanz des staatlichen Gesundheitsdienstes in der Versorgung psychisch Kranker, die deren Selbstbestimmung in weiten Bereichen einschränkt. Die Reform, so die Autoren, droht nicht zuletzt auch wegen der ungeklärten Finanzierung erneut zu scheitern.

De Girolamo (2001) schreibt dazu, dass ein Reformgesetz nicht nur - wie das italienische Gesetz - ein Richtliniengesetz sein sollte, sondern ein vorschreibendes Gesetz, das minimale Standards für Versorgung, zuverlässige Überwachungssysteme, zwingende Zeitpläne

für die Einführung der vorgesehenen Einrichtungen und zentrale Mechanismen für Bestätigung, Kontrolle und Vergleich der Qualität der Dienste ausdrücklich bestimmt.

Dies alles vor dem Hintergrund einer italienischen Studie, jener von Vincente et al. (1993; zit. nach Ruggeri, 1994, S. 218), deren befragte psychiatrische Patienten (n = 332) sich *für* eine Unterstützung von gemeindepsychiatrischen Behandlungen aussprachen.

Dieser Kritik an der Implementation des Reformgesetzes in Italien (Hinterhuber et al., 2001) widerspricht die Auffassung von Cooper (2001), der in den Ländern, in denen das Gesundheitssystem von Regierungsseite geregelt wird - wie dies in Italien der Fall ist - die Implementation etwas schneller verlaufen sieht als in den Ländern, deren Gesundheitssystem von Versicherungsschematas finanziert und nur indirekt von Regierungsseite kontrolliert wird, wie z.B. in Deutschland oder Belgien.

Nichtsdestotrotz ist er der Meinung, dass sich alle EU-Länder heutzutage im psychiatrischen Gesundheitswesen auf einer Stufe befinden, die am besten beschrieben werden kann als "post-asylum"-Ära (S. 171). Sie ist charakterisiert durch eine Sektorisierung der psychiatrischen Behandlung, durch Bettenreduktion in grösseren Spitälern, die Errichtung von lokalen psychiatrischen Einheiten, den Einbezug des Patienten und die Erreichung von Integration in die Gesellschaft. Es herrscht zwar ein grosser Konsens innerhalb der Länder über Richtlinien und Ziele, jedoch deren Implementation verläuft sehr langsam.

In einem äusserst kritischen Artikel über die Versorgung psychisch Kranker zur Jahrtausendwende nimmt Schanda (2001) Stellung zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Er ist der Meinung, dass es im Rahmen der schrittweisen Umsetzung der Psychiatriereformen zu einer zunehmenden Vernachlässigung einer Gruppe schwer Kranker kam, nämlich derjenigen, die nicht imstande ist, die Angebote moderner psychiatrischer Versorgung zu nützen bzw. deren Bedürfnisse nicht in ausreichendem Masse abgedeckt sind.

Dieser Umstand sowie der Rückzug der Psychiatrie von jenen Behandlungsaspekten, die mit aggressivem Verhalten oder Zwang gegen Kranke zu tun haben, führte zu einer Auslagerung dieses Patientengutes aus der regulären Versorgung, so der Autor. Die Behandlung dieser Risikogruppe, welche quasi durch den Rost der Psychiatriereform fällt, wird nicht nur zeit- und kostenintensiver, sondern auch schwieriger und diskriminierender. So wurde beispielsweise in der Studie von Dickey et al. (1996; zit. nach Schanda, 2001, S. 196) eine Senkung der Verweildauer - und hier v.a. die Verweildauer von den kostenintensivsten (= am schwersten kranken) Patienten - in psychiatrischen Krankenhäusern dadurch erzielt, dass

die Versorgung an einen privaten Anbieter übergang. Jedoch zeigte sich bei derselben Studiengruppe, dass die Rate von vorläufigen forensischen Spitalseinweisungen in dieser Subgruppe um das Dreifache anstieg. Die Kosten gingen dabei wiederum zulasten des privaten Anbieters.

Dass sich an der früheren Einstellung, dass „psychiatrische Patienten einerseits bedauernswerte Geschöpfe sind, andererseits als potenziell gefährlich angesehen werden, ihre Ärzte entweder als hilflose Bewahrer seelischen Elends, andererseits als Herren über Zwang und Gewalt gegenüber Kranken“ (Schanda, 2001, S. 195) angesehen werden, grundsätzlich nichts geändert haben soll, widersprechen die zahlreichen Diskussionen in diversen Medien. Zudem darf man - bei allem Respekt für Schanda - nicht ausser acht lassen, dass der Artikel aus Sicht eines Justizanstaltsbediensteten geschrieben wurde.

Bezüglich der Publikmachung in den Medien ist mir persönlich im Verlauf meiner Studie (und durch sie natürlich sensibilisiert) im Vergleich der beiden Länder Österreich und Schweiz aufgefallen, dass in der Schweiz sehr oft das Thema „psychisch Kranke“ in seiner Vielfalt in verschiedenen Medien (Zeitungen, Fernseher etc.) aufgegriffen und diskutiert wird. Alleine im Zuge dieser Arbeit konnte ich mindestens zehn Artikel mit psychiatrischen Themen in diversen Tageszeitungen finden.

Solche Publikmachungen oder öffentliche Diskussionen fehlen in Österreich, ein Umstand, den Freeman (1999) auch in seinem Artikel über die Lage der Psychiatrie im National Health System (NHS) in England beschreibt: „Yet there is virtually no public discussion of such a major top and Ferguson (1998) describes it as ‚one of the best-kept secrets‘ in this country“ (Freeman, 1999, S. 10).

Dass der Trend hin zu einer gemeindepsychiatrischen Versorgung von psychisch Erkrankten auch positive Auswirkungen für die Mitarbeiter haben kann, zeigt eine Untersuchung von Carpenter, Ring, Sangster, Cambridge und Hatzidimitriadou (2000), die in einer Longitudinalstudie die Auswirkungen einer Schliessung der Psychiatrie auf die Mitarbeiter untersuchten.

Die 108 Mitarbeiter wurden nach der Schliessung der Psychiatrie in ein gemeindenahes psychiatrisches Versorgungssystem integriert. Mit Hilfe des von Carpenter entwickelten Fragebogens The Care Programme Approach and Care Management in Mental Health Professional Questionnaire, der die Einstellungen von Mitarbeitern zu verschiedensten Aspekten der Arbeit abfragt, wurden die Mitarbeiter vor der Schliessung des Spitals, vier Monate nach der Schliessung und ein Jahr danach befragt.

Ein Hauptergebnis der Studie war, dass sich die wahrgenommene Verantwortung, erhoben zum zweiten Zeitpunkt, kaum verändert hat. Bei der Messung zum dritten Zeitpunkt zeigte sich jedoch eine signifikante Steigerung in der wahrgenommenen Verantwortung. Als Vorzüge der neuen Arbeit wurden v.a. der bessere Kontakt zu den Angehörigen der Patienten sowie bessere Zugänglichkeit auf Seiten der psychisch Erkrankten genannt. Zudem wurde von den Mitarbeitern über nur geringe Werte im Stressempfinden berichtet. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter veränderte sich nicht durch die Umstellung.

Grössere Umwälzungen - wie dies bei einer solchen Umstellung der Fall war - müssen nicht mit Stress und Unzufriedenheit einhergehen, wie diese Untersuchung belegt.

Inwieweit ein neuer Weg im Kapitel psychisch Erkrankte mit der Gründung eines völlig legalen Vereines in der Schweiz beschritten wird, sei dahingestellt: Es handelt sich hierbei um den im Herbst 2002 in der Schweiz neu gegründeten Verein Suizidhilfe, der chronisch psychisch Kranke in den Freitod begleitet und laut Meier (2002) eine Bezugsperson bereitstellt, die bei den Lebensabschlussarbeiten und bei der Planung des Suizids hilft, mit den Suizidalen in persönlichen Gesprächen die Motive und das Umfeld beleuchtet, beim Suizid auf Wunsch anwesend ist und die behördlichen Belange regeln hilft.

4 Fragestellung und Hypothesenbildung

In nahezu allen vorliegenden Untersuchungen zur Messung der Patientenzufriedenheit bei psychiatrischen Patienten mangelt es der Forschung an einer standardisierten änderungssensitiven Methodik, an einer theoretischen Fundierung sowie an kontrollierten Studien. Ihr bisheriger Nutzen liegt hauptsächlich darin, die methodischen und theoretischen Defizite eines in der Regel pragmatisch und routinemässigen Vorgehens aufgezeigt zu haben. Dies vor allem auch hinsichtlich des Bereiches von Messinstrumenten.

Aufgrund psychologischer und klinischer wie auch gesundheitspolitischer und -ökonomischer Aspekte besteht ein erheblicher Bedarf in der Patientenzufriedenheitsforschung in Psychiatrien, vor allem bezüglich der Messinstrumente, die sowohl dem neuesten Forschungsstand entsprechen als auch testtheoretische Kriterien in vollem Umfang erfüllen. Obwohl es seit den 70er Jahren im Bereich dieser Forschung vermehrt Bemühungen gab,

die Befragungsinstrumente zu vereinheitlichen, insbesondere ihre Reliabilität und Validität zu sichern, gibt es gemäss heutigem Stand der Forschung *kein Befragungsinstrument im deutschsprachigen psychiatrischen Bereich*, welches aufgrund qualitativer Forschung *die verschiedensten Aspekte der Zufriedenheit* bei psychiatrischen Patienten in ihrem Aufenthalt in psychiatrischen Institutionen detailliert chronologisch erfasst und statistisch abgesichert ist.

Meine Untersuchung soll diesem Umstand Rechnung tragen. Eine idiografische Vorgehensweise als qualitativer Ansatz²⁶ an diese Thematik ermöglicht dabei eine vielfältige Informationsgewinnung und wirkt als hypothesengenerierendes Instrument für den weiteren, quantitativen Untersuchungsteil. Wenn Kontexte und Perspektiven für Forscher so neu sind, dass ihre klassischen deduktiven Methodologien an der Differenziertheit der Gegenstände vorbeizielten, ist die Forschung in stärkerem Mass auf die induktiven Vorgehensweisen angewiesen: Das bedeutet, dass, anstatt von Theorien und ihrer Überprüfung auszugehen, eine Annäherung an die zu untersuchenden Zusammenhänge gefordert ist, in die durchaus auch theoretisches Wissen einfließt.

Entsprechend dem Grundsatz qualitativer Forschung wird die anfänglich noch weite Fragestellung im Verlauf des Forschungsprozesses immer mehr eingegrenzt und fokussiert, wenn Konzepte und ihre Beziehungen zueinander als relevant oder irrelevant erkannt werden. Deshalb steht zu Beginn meines Forschungsprozesses eine offene und weite Fragestellung, verbunden mit Fragen zu untersuchungswerten Zusammenhängen.

Zusammenfassend formuliere ich folgende Hypothese:

Erwachsene Patienten mit einer psychiatrischen Störung können die Behandlung, die sie während ihres stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Institution erfahren haben, beurteilen. Dabei wird der Begriff der Patientenzufriedenheit am ehesten als "subjektives Urteil" der Patienten über Behandlungsaspekte gesehen. Ziel der Forschungsarbeit ist es, für

²⁶ Aharony und Strasser (1993; zit. nach Howard et al., 2001, S. 19) bemerkten, dass Studien mit qualitativen Daten in psychiatrischen Patientenzufriedenheitsmessungen nahezu nicht-existent sind. Crawford und Kessel (1999, S. 4) plädieren in ihrem kritischen Artikel "Not listening to patients" für den vermehrten Einbezug von qualitativen Daten in Studien zur Patientenzufriedenheit, wie auch Terporten et al. (1995, S. 117) und Spiessl et. al (1999, S. 3).

die Erfassung der Patientenzufriedenheit einen Fragebogen zu konstruieren, der sich aus bereichs- und berufsgruppenspezifischen Themen zusammensetzt. Die Themen sollen von psychiatrischen Patienten als bedeutsam in ihrer Behandlung gesehen werden und unabdingbar für ihre Zufriedenheit mit der Behandlung sein. Der dabei entstehende Fragebogen muss die gängigen testtheoretischen Anforderungen erfüllen.

Folgende Fragen ergeben sich daraus:

Welche Aspekte erleben psychiatrische Patienten in ihrem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Institution als bedeutend? Aus welchen Einzelaspekten setzt sich die Patientenzufriedenheit zusammen? Wie ist der Grad der Differenziertheit, d.h. wie vorherrschend ist eine allgemeine Grundzufriedenheit versus dezidierte Zufriedenheit zu Einzelaspekten? Spiegelt sich die Krankheit des psychiatrischen Patienten in den Ergebnissen wider? Können Korrelationen zwischen der Patientenzufriedenheit und den Aspekten Art der Behandlung, therapeutische Beziehung, Einbezug des Patienten, Personal, soziodemografische Daten (Geschlecht, Alter), Information, klinische Vorerfahrung und Nachbetreuung, Diagnose, Familie und andere Angehörige, Zwangseinweisungen und Zwangsmassnahmen, Hotellerie und Infrastruktur gefunden werden? Ferner: Gibt es einen Zusammenhang zwischen antwortenden versus nicht-antwortenden Patienten sowie teil- versus ganzausfüllenden Patienten hinsichtlich der Zufriedenheit, der Diagnose und den soziodemografischen Daten?

Von besonderer Bedeutung scheint dabei die Patientenzufriedenheit per se zu sein. Es stellen sich in diesem Kontext Fragen wie: Spiegelt eine Behandlungsbewertung des Patienten überhaupt den Grad einer Zufriedenheit wider? Wird eher eine differenzierte Bewertung von Einzelaspekten vorgenommen? Ist der Begriff der Patientenzufriedenheit, das Konstrukt der Patientenzufriedenheit sowohl inhaltlich als auch als Evaluationskriterium überhaupt relevant? Wird nicht vielmehr der Patient auf sein „Antwortverhalten“ reduziert? Messe ich die „Zufriedenheit“ als Prozentwert der Antwortkategorien? Ist Zufriedenheit ein emotionaler Zustand, der aus einer positiven Bewertung erfolgt? Ist Patientenzufriedenheit ein Artefakt oder eine soziale Tatsache? Kann durch den qualitativen Ansatz die Frage nach dem sehr komplexen subjektiven Konzept der Patientenzufriedenheit hinreichend geklärt werden oder werden Zufriedenheit und Bewertung auch empirisch als zwei getrennte Dimensionen behandelt? Diese Fragen bedürfen ebenfalls in vorliegender Untersuchung einer Abklärung.

Zudem muss die Untersuchungsidee den wissenschaftlichen, ökonomischen und ethischen Kriterien (Bortz, 1984, zitiert nach Trimmel, 1997) entsprechen. Zu den wissenschaftlichen

Kriterien zählen neben der Präzision der Problemformulierung die empirische Untersuchbarkeit und die wissenschaftliche Tragweite. Ökonomische Kriterien, d.h. die Untersuchungs-idee in einem angemessenen zeitlichen als auch finanziellen Aufwand umzusetzen wie auch ethische Kriterien der freiwilligen Teilnahme, der Vermeidung von Beeinträchtigungen, der Informationspflicht, der persönlichen Verantwortung, der Menschenwürde und der Anonymität der persönlichen Daten müssen in einer Untersuchungs-idee erfüllt sein, um ihre Tauglichkeit zu belegen. Diese Kriterien werden in meiner Studie erfüllt.

Die Arbeit besteht aus fünf Teilen: Im ersten Teil wird nach einer Kurzinformation über den psychiatrischen Bereich, eingebettet in das Gesundheitswesen, auf den aktuellen Stand der Forschung im Bereich Patientenzufriedenheitsmessungen im psychiatrischen Setting eingegangen. Dabei wird neben empirischen Studien zum allgemeinen Stand der Forschung auch auf bestehende Messinstrumente und Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit explizit eingegangen. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit wird kritisch hinterleuchtet.

Den zweite Teil bildet die qualitative Untersuchung, in der Interviews mit psychiatrischen Patienten und Berufsgruppen in psychiatrischen Institutionen mittels des Verfahrens GABEK ausgewertet werden. Ziel ist, zu bedeutenden Inhalten im Setting Patientenaufenthalt in einer psychiatrischen Institution zu gelangen. Diese Inhalte werden mit aktuellen empirischen Studien zum Fragebogen zur Patientenzufriedenheitsmessung in Psychiatrien verknüpft.

Der dritte Teil beschäftigt sich mit der Evaluation eines Fragebogen-Entwurfes sowie mit der Testung desselben. Im vierten Teil wird der durch Evaluation und Testung revidierte Pilot-Fragebogen bei psychiatrischen Patienten in zwei psychiatrischen Universitätskliniken sowie bei Selbstbetroffenen in Selbsthilfeorganisationen eingesetzt und anschliessend quantitativ ausgewertet.

Der fünfte Teil führt zu einer Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung.

5 Qualitativer Untersuchungsteil

Nach der im vorherigen Teil erwähnten Fragestellung wird im Folgenden der methodische Zugang zum qualitativen Teil der Untersuchung beschrieben. Als erster Abschnitt folgt eine kurze Beschreibung des problemzentrierten Interviews und des Gruppeninterviews, gefolgt von der qualitativen Untersuchungsdurchführung mit Details zu Untersuchungsteilnehmern, Untersuchungsmaterial sowie Ablauf der Untersuchung. Das daran anschliessende Kapitel steht ganz im Zeichen des qualitativen Auswertungsverfahrens GABEK/Winrelan.

5.1 Das problemzentrierte Interview

Qualitative Forschung arbeitet grundsätzlich mit zwei Gruppen von Daten: mit visuellen und verbalen Daten. Visuelle Daten kommen durch Anwendung der verschiedenen Beobachtungsverfahren zustande, verbale Daten hingegen werden in Leitfaden-Interviews oder als Erzählungen erhoben. Dabei können auch verschiedene Gruppenverfahren (Gruppeninterviews, Gruppendiskussionen etc.) verwendet werden.

Bei den Leitfaden-Interviews werden mehrere Typen unterschieden, wie beispielsweise das fokussierte Interview (nach Vorgabe eines einheitlichen Reizes wird anhand eines Leitfadens dessen Wirkung untersucht), das halbstandardisierte Interview (subjektive Theorien werden rekonstruiert) oder das problemzentrierte Interview (Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung als zentrale Kriterien). Der gemeinsame Nenner aller qualitativen Interviews ist die *Ausrichtung auf die Erfassung subjektiver Erfahrung*. Im Mittelpunkt steht die Exploration der Art und Weise, wie die Befragten ihre Alltagswelt wahrnehmen, ordnen und bewerten.

Da in der vorliegenden Studie dem problemzentrierten Interview das vorrangige Interesse gilt, wird im Folgenden auf diesen Typus des qualitativen Interviews näher eingegangen.

Witzel (1985) schlägt das problemzentrierte Interview vor, das vor allem in der Psychologie einige Anerkennung und Anwendung findet. Er definiert diesen Typ des Interviews als Verfahren, bei dem es sich „um eine Methodenkombination bzw. -integration von qualitativem Interview, Fallanalyse, biographischer Methode, Gruppendiskussion und Inhaltsanalyse handelt“ (S. 230). Das Interview ist somit eingebettet in eine Methodenkombination und konstituiert diese auch.

Dabei kennzeichnen drei zentrale Kriterien diese Interviewform: die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und die Prozessorientierung. Auf diese Merkmale soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

5.1.1 Kriterien des problemzentrierten Interviews

Die Problemzentrierung

Dieses Kriterium bezeichnet zunächst den Umstand, dass sich der Forscher an einer relevanten gesellschaftlichen Problemstellung orientiert. Im Gegensatz zum narrativen Interview, bei dem der Forscher ohne wissenschaftliches Konzept über die Themenbereiche des Interviews in die Datenerhebung geht, setzt er sich in diesem Fall mit entsprechenden Theorien und empirischen Untersuchungen kritisch auseinander. Wie auch im quantitativen Paradigma üblich, berücksichtigt er neben Erkundigungen im Untersuchungsfeld auch objektive Rahmenbedingungen, die für das Individuum handlungsrelevant sind, sowie Erfahrungen von Experten. Das bedeutet wiederum: Der Forscher geht zwar durch das erworbene Vorwissen mit einem theoretischen Konzept ins Feld, räumt jedoch zur gleichen Zeit dem Befragten die Möglichkeit ein, einen wichtigen Beitrag zur Konzeptgenerierung leisten zu können.

a) Die Gegenstandsorientierung

Den Widerspruch, trotz theoretischem Konzept des Forschers offen gegenüber den Äußerungen des Interviewten zu sein, umschreibt Witzel (1985) folgendermassen: "So sieht sich der Forscher, dem Anspruch gemäss unvoreingenommen den Forschungsgegenstand erfassend, aber dennoch dem Anspruch ausgesetzt, seine gesammelten wissenschaftlichen Theorien fruchtbar machen zu wollen" (S. 231).

Dieser Widerspruch wird durch das zweite Kriterium des problemzentrierten Interviews gelöst: Der Forscher versucht, die jeweiligen Methoden am Gegenstand zu entwickeln bzw. zu modifizieren. Dadurch erfahren die theoretischen Konzepte des Forschers durch das Interview eine Modifikation, d.h. sie werden durch das Interview in einem weiteren Kontext geprüft.

b) Die Prozessorientierung

Das zentrale Kriterium der Prozessorientierung besteht in der Gesamtgestaltung des Forschungsablaufes. Damit meint Witzel (1985), dass die qualitativen Methoden in einem sorgfältig organisierten Prozess der Datensammlung und -auswertung generiert werden müssen. Das wissenschaftliche Problemfeld soll dabei flexibel analysiert und die gewonnenen Daten schrittweise überprüft werden.

Weiters steht bei diesem Typ das Erzählprinzip und die Entwicklung des kommunikativen Austausches im Interview im Vordergrund. Als zentrale Kommunikationsstrategien im problemzentrierten Interview nennt Witzel (1985, S. 245) den Gesprächseinstieg (Phase 1), die allgemeine (Phase 2) und spezifische Sondierung (Phase 3) und die Ad-hoc-Fragen (Phase 4). In der ersten Phase wird die erzählende Gesprächsstruktur und der Problem-bereich der sozialen Wirklichkeit festgelegt. In der zweiten Phase soll der Interviewte durch Nachfragen zu Erzählungen angeregt werden und in den "Zugzwang der Detaillierung" (Lamnek, 1989, S. 75) gebracht werden. Die dritte Phase soll das Verständnis des Interviewers durch verschiedene Strategien vertiefen, wie beispielsweise durch Zurückspiegelung (der Interviewer fasst die Äusserungen des Interviewten in eigene Worte), durch Verständnisfragen oder durch Konfrontation von eventuell auftretenden Widersprüchen und Ungereimtheiten.

In der vierten Phase kann der Interviewer direkte Fragen zu Themenbereichen stellen, die der Befragte bislang noch nicht von sich aus genannt hat.

5.1.2 Bestandteile des problemzentrierten Interviews

Das problemzentrierte Interview besteht gemäss Witzel (1985, S. 235 f.) aus den folgenden vier Teilelementen: qualitatives Interview, biografische Methode, Fallanalyse und Gruppendiskussion. Da für die vorliegende Untersuchung das qualitative Interview sowie die Gruppendiskussion von Bedeutung sind, soll auf die vier wesentlichen Techniken dieser Datenerfassungsarten eingegangen werden.

a) Der Kurzfragebogen

Der Kurzfragebogen dient in erster Linie der Datenerhebung und Datenerfassung. Mit ihm werden beispielsweise demografische Daten erfasst, die für die Interpretation der weiteren Informationen einen "sozialen background" (Lamnek, 1989, S. 76) abgeben. Er dient dazu, beispielsweise demografische Daten, die für die Themen des eigentlichen Interviews weniger relevant sind, aus diesem herauszunehmen. Damit verhindert er eventuell auftauchende und den Interviewfluss störende Zwischenfragen. Zudem wird die Zahl der Fragen reduziert und bei einem engen Zeitrahmen die Dauer des Gesprächs für wesentlichere Themen genutzt.

b) Der Leitfaden

Der Leitfaden stellt ein weiteres Hilfsmittel dar, den der Forscher aus seinen Vorüberlegungen zum Problembereich entwickelt hat. Der gesamte Problembereich wird dazu in einzelne thematische Felder gegliedert, um das zu erfragende Gebiet abzugrenzen und ausdifferenzieren. Er dient sozusagen als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen in der allgemeinen Sondierung. Ebenfalls kann er bei stockenden Gesprächen dem Interview eine neue Wendung geben.

c) Die Tonbandaufzeichnung

Als weiteres Hilfsmittel und Datenträger wird ein Tonbandgerät benutzt. Dadurch kann sich der Interviewer ganz auf das Gespräch und nonverbale sowie situative Elemente konzentrieren. Das gesamte Interview wird aufgezeichnet, transkribiert. Dies ermöglicht eine exakte Analyse des Interviews, die ohne Tonbandaufzeichnung in dieser Form nicht möglich wäre.

d) Das Postskriptum

Als weitere Anregung wird von Witzel (1985) ein Postskriptum vorgeschlagen. Dieses Skript ist nach dem Interview vom Interviewer anzufertigen und erlaubt, über das Gespräch, die Rahmenbedingungen sowie über nonverbale Reaktionen (Gestik, Mimik, Motorik etc.) der Befragten zu reflektieren. Es kann in bestimmten Fällen wichtige Daten liefern, die helfen können, die Probanden besser zu verstehen.

5.2 Das Gruppeninterview

Gerade im Hinblick auf die Erforschung von Meinungen und Einstellungen wurde verschiedentlich dafür plädiert, statt der überschaubaren Interviewsituation die Dynamik von Gruppen zu nutzen, die über Themen diskutieren. Ein zusätzlicher Vorteil von Gruppenverfahren besteht im Prozess der Konstruktion sozialer Wirklichkeit, wie beispielsweise in gemeinsamen Erzählungen von Mitgliedern einer Familie. Die in solchen Gruppenverfahren erhobenen Daten werden stärker kontextualisiert und eine alltagsnähere Interaktionssituation kann geschaffen werden.

In der vorliegenden Studie wurden zwei Gruppeninterviews mit Patienten durchgeführt. Ausgehend von Merton, Fiske und Kendall (1956; zit. nach Flick, 1996, S. 131) werden Gruppeninterviews auch als „Focus Groups“ - Fokusgruppen - bezeichnet. Dabei werden mehr oder minder strukturierte und vom Interviewer gesteuerte Vorgehensweisen unterschieden. Generell sollte der Interviewer nach Fontana und Frey (1994; zit. nach Flick, 1996, S. 131) „flexibel, objektiv, empathisch, überzeugend, ein guter Zuhörer usw.“ sein. Objektivität bezieht sich dabei vor allem auf die Vermittlung zwischen den verschiedenen Teilnehmern. Besonders ist darauf zu achten, dass nicht einzelne Teilnehmer oder Teilgruppen das Interview und damit die Gesamtgruppe mit ihren Beiträgen dominieren. Auf diesen Artefakt ist bei psychiatrischen Patienten als Teilnehmern besonderes Augenmerk zu richten, da bestimmte Störungen, wie beispielsweise Manie, die Gruppendynamik empfindlich stören können.

Weiter muss der Interviewer aber auch zurückhaltende Teilnehmer ermuntern, sich mit ihren Ansichten in die Befragung einzubringen und versuchen, Antworten von der gesamten Gruppe zu erhalten. Ausserdem muss der Interviewer in seinem Verhalten eine Balance zwischen einer Gruppensteuerung und einer Gruppenmoderation finden.

Flick (1996, S. 132) kehrt folgende Vorteile eines Gruppeninterviews hervor: Fokusgruppen sind kostengünstig, datenreich und stimulieren Antworten. Im Gegensatz zur Gruppendiskussion wird bei Gruppeninterviews auf eine Stimulierung einer Diskussion und deren Dynamik als Erkenntnisquelle verzichtet.

Das Gruppeninterview in der vorliegenden Arbeit wurde wie das problemzentrierte Interview mit Kurzfragebogen, Interviewleitfaden und Postskriptum strukturiert.

5.3 Qualitative Untersuchungsdurchführung

Dieses Kapitel widmet sich der konkreten methodischen Vorgehensweise des qualitativen Teils der vorliegenden Untersuchung. Ziel ist es, die induktive Vorgehensweise in der Studie versteh- und replizierbar zu machen.

5.3.1 Untersuchungsteilnehmer im qualitativen Studienteil

Als ein Kennzeichen qualitativer Forschung wurde besonderes Gewicht auf die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven gelegt, was auch einem Vorschlag von Hansson (2001) entspricht. Der Autor schlägt in seinem Artikel über Inhalt und Methodik von Outcome-Messungen im psychiatrischen Bereich u.a. vor, dass „in order to make outcome assessment comprehensive, the perspective of patients, relatives, professionals and independent observers should be included; assessments of outcome must reflect different perspectives on outcome“ (S. 246).

Aus diesem Grund verdeutlicht die qualitative Forschung die Unterschiedlichkeit der Perspektiven zum vorliegenden Gegenstand: Es wurde an den subjektiven und sozialen Bedeutungen des Patienten, des Personals und der Experten, d.h. der Professionellen, angesetzt.

Die Teilnahme an der Studie erfolgte auf freiwilliger Basis. Unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes und der Anonymität basierte eine namentliche Erhebung der Studienteilnehmer ebenfalls auf freiwilliger Basis. Für die weitere Auswertung wurde jedem Teilnehmer ein Codename und eine Codenummer zugeordnet. Ebenso wurden in vorliegender Arbeit jegliche Ethikrichtlinien wie Schweigepflicht, Verweigerung/Löschung von Aussagen u. dgl. beachtet.

Es wurde zudem gemäss den Standards für pädagogisches und psychologisches Testen²⁷, ausgearbeitet 1998 von The American Educational Research Association (AERA), The American Psychological Association (APA) und The National Council on Measurement in Education (NCME), eine Einverständniserklärung eingeholt. Der entsprechende Standard lautet:

²⁷ In den verwendeten Richtlinien der American Psychological Association (APA) werden aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung auch Selbstbeschreibungsvorgänge als "Tests" bezeichnet.

Standard 16.1: Schutz der Rechte der Probanden: " Vor der Testvorgabe sollten Probanden oder deren gesetzliche Vertreter nach erfolgter Aufklärung ihre Zustimmung zur Testdurchführung geben"

An den insgesamt zwölf Interviews zu je ca. ein bis eineinhalb Stunden nahmen folgende Interviewpartner teil:

- 3 Psychiater (Experten): drei Einzelinterviews
- 1 Managerin: ein Einzelinterview
- 4 Qualitätsbeauftragte/Pflegepersonen: eine Gruppendiskussion (drei Teilnehmer) und ein Einzelinterview
- 2 Psychologen (Experten): zwei Einzelinterviews
- 2 Pflegepersonen: zwei Einzelinterviews
- 2 Fokusgruppen mit fünf Patienten (Innsbruck) und sechs Patienten (Basel): zwei Gruppeninterviews

5.3.1.1 Auswahlkriterien im qualitativen Teil

Für die Fokusgruppen bzw. Patienten in den Gruppeninterviews wurden folgende Aufnahme- bzw. Ausschlusskriterien angewandt:

- Das Mindestalter des Patienten darf 18 Jahre (Stichtag: 01. September) nicht unterschreiten.
- Der Patient muss stationär psychiatrisch behandelt worden sein²⁸.
- Der Patient befindet sich im letzten Drittel seines Aufenthaltes auf der Psychiatrie.
- Der Patient muss ein allgemein gutes Zustandsbild aufweisen, d.h. er ist konzentriert, wach, realistisch, zurechnungsfähig und sich seiner bewusst.
- Im Idealfall sind auch Patienten, die von einer geschlossenen in eine offene Station gewechselt haben, im Gruppeninterview beteiligt.
- Der Patient ist der deutschen Sprache mächtig.

²⁸ Von einem stationären Aufenthalt spricht man ab einem Aufenthalt von 24 Stunden in der Psychiatrie, der so genannten „Bettbelegung“.

Für die Interviewpartner aus den verschiedenen Berufsgruppen wurde als Auswahlkriterium eine ausreichende Erfahrung im psychiatrischen Bereich (mindestens fünf Jahre) festgelegt. Dieses Kriterium ist eines der notwendigen Kriterien einer „Primärauswahl“ (Morse, 1994; zit. nach Flick, 1996, S. 88): Gute Informanten verfügen über das notwendige Wissen und die notwendige Erfahrung mit dem jeweiligen Thema oder Gegenstand, die zur Beantwortung von Fragen im Interview notwendig sind. Ebenso besitzen sie die Fähigkeit zur Reflexion und Artikulation, haben Zeit, um befragt zu werden und sind bereit, an der Untersuchung teilzunehmen.

Diese Kriterien wurden von allen Interviewteilnehmern aus den verschiedenen Berufsgruppen erfüllt. Die soziodemografischen und medizinische Daten (bei Patienten) sowie berufliche Daten (bei den Berufsgruppen) wurden anhand von Kurzfragebögen erfasst. Die Ergebnisse finden sich unter 5.6.3 Ergebnisse der Kurzfragebögen.

5.3.2 Untersuchungsmaterial

Das Untersuchungsmaterial im qualitativen Teil der vorliegenden Untersuchung beinhaltet im Einzelnen:

5.3.2.1 Kurzfragebogen

Im Kurzfragebogen werden die wesentlichsten soziodemografischen und medizinischen (bei Patienten) sowie beruflichen (bei Personal, Management und Experten) Daten der Interviewpartner erfasst. Zudem erfolgt eine ab diesem Zeitpunkt für die weitere Verarbeitung geltende Anonymisierung der Personen. Ebenso wurde der Kurzfragebogen - entgegen Witzels Vorschlag, ihn *vor* dem eigentlichen Interview anzuwenden - erst zum Zeitpunkt *nach* Beendigung des Interviews den Teilnehmern übergeben. Damit beugt man nach Flick (1996, S. 78) einer Auswirkung seiner Frage-Antwort-Struktur auf den Dialog im Interview selbst vor. Zudem werden nach sozialwissenschaftlicher Erfahrung diese Daten in aller Regel von bis zum Ende des Interviews kooperativen Interviewpartnern auch noch beantwortet.

Die Unterschiedlichkeit der Perspektiven spiegelt sich in der Anzahl an Kurzfragebögen wider: Es wurden sowohl für die Patienten als auch für das Personal und die Experten unterschiedliche Kurzfragebögen gebildet.

Es ergaben sich *vier Versionen des Kurzfragebogens*: eine Version für die Patientengruppe, eine Version für das Personal, eine für das Management, eine Version für die Experten.

Zusätzlich wurden nochmals zwei Versionen des Kurzfragebogens in der Evaluationsrunde erstellt: eine Version für einen Verein und eine Version für Kontaktpersonen der Psychose-Seminare (Selbstbetroffene oder Angehörige). Für weitere Ausführungen zur Evaluation: siehe Pkt. 6 Der Fragebogen-Entwurf)

Die insgesamt sechs Versionen des Kurzfragebogens befinden sich im **Anhang A 2**.

Die Einteilung der Bereiche in psychiatrische Kliniken sowie die Einteilung der psychiatrischen Erkrankungen in den Kurzfragebögen stammen aus dem Lehrbuch der Psychiatrie von Hinterhuber und Fleischhacker (1997). Zudem wurden Fragen bezüglich nochmaliger Kontaktaufnahme hinsichtlich des qualitativen Teiles der vorliegenden Arbeit (= Evaluation des Fragebogen-Entwurfes) sowie Interesse an einer Teilnahme am quantitativen Teil der Untersuchung und Interesse am entwickelten Fragebogen selbst gestellt.

Die Frage nach der Teilnahme erübrigte sich im Verlaufe der Interviews, da sich die PUK Innsbruck und die PUK Basel zu einer Teilnahme an der Pilotstudie, konkret am quantitativen Teil der Studie, entschlossen haben. Ebenso erübrigte sich die im Kurzfragebogen für das Personal gestellte Frage nach dem Umfang der Tätigkeit beim Personal. Dies wäre bei Einbezug des Personals in den quantitativen Teil ausschlaggebend gewesen (Versand). Der Versand des Pilot-Fragebogens in der Pilotstudie wurde in beiden Kliniken vom Sekretariat direkt erledigt. Das Personal war dabei nicht einbezogen.

Zusätzlich wurde im Kurzfragebogen für Experten die Frage nach bereits bestehenden Zufriedenheitsmessungen in der Psychiatrie gestellt. Im Kurzfragebogen für das Personal beantworteten die Interviewpartner die Frage nach ihrer durchschnittlichen Betreuungskapazität und ihrem Zeiteinsatz.

Die Patienten wurden neben soziodemografischen Daten auch hinsichtlich des Kontakts mit Mitpatienten abgefragt. Letzteres ist insofern verbesserungswürdig, als eine Interviewteilnehmerin zum Kontakt Folgendes vermerkt hat: „Es waren fast immer Leute um mich, aber während Wochen war ich kommunikationsunfähig, weil ich mich nicht mehr äussern konnte.“ Das bedeutet, dass eine Ergänzung des Begriffes „Kontakt“ vonnöten gewesen wäre, z.B. mit der näheren Bezeichnung „verbal“ als Kontaktart.

Für Informationen über die Ergebnisse der Kurzfragebögen siehe Pkt. 5.6.3 Ergebnisse der Kurzfragebögen dieser Arbeit.

Die übrige Kategorieneinteilung in den Kurzfragebögen basierte hauptsächlich auf meinen Erfahrungswerten als Projektleiterin im Marktforschungsbereich mit Schwerpunkt Gesundheitswesen bzw. Patientenbefragungen in somatischen Spitälern der Schweiz. So wurde beispielsweise ein stationärer Aufenthalt mit den Kategorien „0-5 Tage, 6-14 Tage, 15-21 Tage, mehr als 3 Wochen“ aufgrund eines bestehenden und in der Praxis (im Marktforschungsbereich) eingesetzten Fragebogens übernommen (Cleary et al., 1991).

5.3.2.2 Interviewleitfaden

Die Fragestellungen bzw. Fragegebiete wurden sowohl aufgrund der Forschungsliteratur als auch aus Gesprächen mit Ärzten, Personal und Marktforschern auf dem Gebiet des Gesundheitswesens gebildet. Die Anordnung der Fragen wurde so gestaltet, dass zusammengehörende Fragen zu sinnvoll abgeschlossenen Themenbereichen eingeteilt wurden.

Es wurde, wie beim Kurzfragebogen, für jede Perspektive ein Interviewleitfaden gebildet. Somit ergaben sich *fünf Versionen von Interviewleitfäden*: eine Version für die Patienten, eine Version für die Experten, eine für das Personal, eine Version für das Management (befragt wurde eine Managerin, die früher Pflegeperson war, was in der Praxis nicht unüblich ist; dementsprechend wurde diese Person sowohl über ihre Erfahrung als Pflegeperson als auch über die Erfahrung im Managementbereich interviewt) sowie eine Version für die Qualitätsmanagement-Gruppe, die sich ebenfalls aus Pflegepersonen zusammensetzte.

Die fünf Versionen des Interviewleitfadens befindet sich im **Anhang A 3**.

Themenbereiche müssen sich in den Interviewleitfäden wiederholen, um eine Kohärenz mit dem Themenbereich sicherzustellen.

Das *Experten-Interview* stellt eine besondere Form von Leitfaden-Interview dar: Meuser und Nagel (1991) setzen sich mit Experten-Interviews als spezieller Anwendungsform von Leitfaden-Interviews auseinander. Hier wird der Interviewpartner weniger im Hinblick auf seine ganze Person, sondern vielmehr im Hinblick auf seine Eigenschaft als Experte für ein bestimmtes Feld gesehen. Er repräsentiert eine Gruppe und wird dementsprechend nicht als Einzelfall in die Untersuchung einbezogen. Dabei liefert er relevantere Informationen als andere Befragte, weshalb dem Leitfaden hier noch eine stärkere Steuerungsfunktion hinsichtlich unergiebigem Themenausschluss zukommt. Als Varianten des Misslingens führen Meuser und Nagel (1991, S. 449 f.) folgende Punkte an:

- Der Experte blockiert das Interview in seinem Verlauf, weil er beispielsweise kein Experte für die Thematik ist.
- Der Experte macht den Interviewer zum Mitwisser in aktuellen Konflikten und führt eher über diese aus als über die Thematik des Interviews.
- Der Experte erzählt eher über sich als Privatmensch anstatt als Experte.
- Als Zwischenform zwischen Gelingen und Scheitern bei Experten-Interviews wird das so genannte rhetorische Interview genannt, wenn der Experte sein Wissen in einem Vortrag referiert, anstatt sich auf die Fragen des Interviews einzulassen.

Die genannten Varianten des Misslingens sowie verschiedene Probleme von Leitfaden-Interviews, wie beispielsweise verstärkte Steuerungsprobleme beim Experten-Interview, kamen in allen zwölf Interviews aufgrund dieses Vorwissens des Interviewers nicht zum Tragen.

Um zudem eine Ermüdung bei den Interviewpartnern zu vermeiden, wurde darauf geachtet, dass sich abstrakte Fragen und leicht zu beantwortende Fragen im Leitfaden abwechseln und der Interviewbogen insgesamt einen gewissen, für die Befragten nachvollziehbaren Aufbau aufweist.

Zudem wurden gemäss Mummendey (1987) allgemeinverbindliche Regeln der Formulierung der Fragen berücksichtigt und dementsprechend auf komplexe Formulierungen, lange Sätze, doppelte Verneinungen, Aktiv-Passiv-Formulierungen etc. verzichtet. Es wurde u.a. Folgendes beachtet:

1. Die Fragestellungen zeichnen sich durch eine grösstmögliche Verständlichkeit im Hinblick auf die Zielpopulation aus.
2. Die Fragestellungen lassen sich nicht auf mehr als eine Weise interpretieren.
3. Die Fragestellungen lassen sich nicht entweder von fast jedem oder von fast niemandem bejahen.
4. Die Fragestellungen sind kurz und enthalten nicht mehr als 20 Worte.
5. Die Fragestellungen enthalten nur einen einzigen vollständigen Gedanken.
6. Die Form der Fragestellungen ist einheitlich.

Weiters ist zu beachten, dass die Fragen nicht wortwörtlich, sondern inhaltsgetreu gestellt wurden, um das Feld offen zu halten und nicht allzu sehr einzugrenzen. Offenheit bezüglich des theoretischen Konzepts, Offenheit gegenüber den untersuchten Personen und Offenheit in der Erhebungssituation sind zentrale Merkmale qualitativer Forschung. Aus diesem Grund wurde auch der Typus der offenen Fragen gewählt. Dadurch wird gemäss Witzel (1985)

lediglich der interessierende Problembereich eingegrenzt und ein erzählgenerierender Stimulus angeboten.

5.3.2.3 Postskriptum

Anders als bei quantitativer Forschung wird bei qualitativen Methoden die Kommunikation des Forschers mit dem jeweiligen Feld und den Beteiligten zum expliziten Bestandteil der Erkenntnis, statt sie als Störvariable soweit wie möglich auszuschliessen. Dementsprechend werden die Reflexionen des Forschers über seine Handlungen und Beobachtungen im Feld, seine Eindrücke etc. ebenso zu Daten. In einem so genannten Postskriptum soll nach Witzel (1985) der Interviewer unmittelbar im Anschluss an das Interview seine Eindrücke über die Kommunikation, über die Person des Interviewpartners, über sich und sein Verhalten in der Situation etc. notieren. So werden möglicherweise aufschlussreiche Kontextinformationen dokumentiert, die für die spätere Analyse der Aussagen von Bedeutung sein könnten.

Dementsprechend wurden von mir anschliessend an das jeweilige Interview folgende Fragen beantwortet:

- Gab es irgendeine Besonderheit bei der Kontaktaufnahme, bei der Vorbereitung auf das Interview und bei der Verabschiedung des Interviewpartners?
- Konnte während bestimmter Passagen oder während des Gespräches eine besondere Mimik oder Gestik beobachtet werden?
- Wie war die Gesprächsatmosphäre?
- Wie war die Einstellung des Interviewpartners der Interviewerin gegenüber?
- Sonstige Anmerkungen?

Es gab bei allen zwölf Interviews hinsichtlich der oben erwähnten Fragestellungen keinerlei Auffälligkeiten. Besonders hervorzuheben ist jedoch die besondere Motivation und Hilfsbereitschaft sowie die Betonung der Sinnhaftigkeit der Untersuchung seitens aller Interviewpartner, ein Umstand, der sich zudem sehr positiv auf die im Interview erhaltenen Daten und auf die Gesprächsatmosphäre im Allgemeinen auswirkte.

5.3.2.4 Transkriptionsregeln

Transkriptionen sind laut Dittmar (2002) „die Voraussetzungen jeglicher wissenschaftlichen Untersuchung mündlicher Kommunikationsprozesse“ (S. 31). Sie stellen eine dauerhaft fixierte, d.h. gespeicherte Dokumentation der gesprochenen Sprache dar. Der Terminus „Transkription“ (lat. transcribere = überschreiben, umschreiben) bezieht sich dabei auf die Wiedergabe eines gesprochenen Diskurses in einem situativen Kontext mit Hilfe der alphabetischen Schriftsätze und anderer, auf kommunikatives Verhalten verweisende Symbole.

Im Normalfall wird die gesamte Tonbandaufnahme eines Interviews transkribiert. Die Arbeitsweise, nur die benötigten Auszüge und Zitate direkt vom Band zu nehmen, birgt laut Fuchs (1984) zwei Nachteile in sich: Zum einen geht die Distanz, die durch eine geschriebene Fassung entsteht, verloren, zum anderen eröffnet erst die Transkription des Interviews die Möglichkeit, dass Dritte die Interviewführung und die Interpretation des Materials überprüfen können.

Nach Mergenthaler (1986) lassen sich Zeichen, die auf einer Tonbandaufnahme zu hören sind, in folgende Geräusche unterteilen: die verbalen, paraverbalen, nicht-verbalen und situationsgebundene Geräusche.

Die *verbalen Äusserungen* umfassen alle ganz oder teilweise ausgesprochenen Wörter oder Wortfolgen. Wenn die Interviewpartnerin Dialektwörter gebrauchte, so wurden diese in die entsprechende hochsprachliche Form transkribiert. Dabei wurde gegebenenfalls auch die Satzstellung verändert.

Besonders betonte Wortformen wurden in den Transkriptionen durch ein nachgestelltes Ausrufezeichen kenntlich gemacht (Beispiel: Das! habe ich nie gesagt), auffällig gedehnte Wortformen durch einen nachgestellten Doppelpunkt (Beispiel: Nun: was sagen Sie dazu?). Unverständliche Laute und Lautfolgen wurden mit dem Zeichen " = " kenntlich gemacht. Wenn möglich, wurde der vermutete Worlaut als ein in Klammer stehender Kommentar eingefügt (Beispiel: Das war im = (somatischen) Spital.). Um gegebenenfalls das Verständnis zu erleichtern, wurden als Ergänzungen Anmerkungen in Klammer hinzugefügt [Bsp.: Das war dort drinnen. (Anmerkungen: auf der Suchtabteilung)].

Wörtliche Reden und Zitate während den Ausführungen der Interviewpartner wurden in Hochkommata eingeschlossen (Beispiel: Ich sagte zu ihr `Du wirst schon sehen.`).

In die Kategorie der *paraverbalen Äusserungen* fallen alle Laute und Lautfolgen, die nicht als Wörter bezeichnet werden können. Diese werden in der Regel für sich alleine geäussert und dienen etwa als Pausenfüller, als Ausdruck der Bestätigung, des Zweifels, des Nachdenkens oder der Unsicherheit (Beispiele dafür sind: äh, mhm, oh). *Nicht-verbale Äusserungen* stellen alle geräuschvollen Sprechhandlungen wie Husten oder Lachen dar [Beispiele dazu sind: (stockend), (lacht), (hustet), (schnell sprechend)].

Was wie (in welcher grob- oder feingranulierten Form) mit *welcher Qualität* und *Menge* von Symbolen verschriftlicht wird, ist gemäss Dittmar (2002) „eine Funktion der wissenschaftlichen Fragestellung“ (S. 54). Die transkribierten Interviews wurden in der vorliegenden Studie mit Hilfe des qualitativen computerunterstützten Auswertungsverfahrens GABEK/Winrelan analysiert. Da in diesem Verfahren den paraverbalen Äusserungen und den nicht-verbalen Äusserungen keine Gewichtung zukommt, bestand keine Notwendigkeit zur Transkription derselben. Auch *Sprechpausen* und *situationsgebundene Geräusche* (Beispiele dafür sind: Telefon klingelt) spielen bei GABEK/Winrelan keine Rolle und wurden dementsprechend nicht beachtet. In eckigen Klammern wurden teilweise die Fragen bzw. Begriffe der Interviewerin an den Interviewpartner angefügt. Sie haben keinen Einfluss auf die qualitative Auswertung im Rahmen von GABEK/Winrelan, sondern dienen alleinig dem besseren Verständnis der Antworten der Interviewpartner.

Abgesehen von oben erwähnten Ausnahmen wurde die neue Rechtschreibung, die am 1. August 1998 an den Schulen in Deutschland, Österreich und der Schweiz offiziell eingeführt wurde, bei vorliegender Arbeit hergenommen. Dies ist zwar nicht zwingend der Fall, da bis zum 31. Juli 2005 eine Übergangsfrist läuft, innerhalb der die bisherige Orthografie nicht als falsch angesehen wird. Dennoch gilt die Anwendung der bisherigen Rechtschreibung als überholt.

DIE BEZEICHNUNG DER INTERVIEWPARTNER

Um die Anonymisierung zu gewährleisten, wurden alle in der Tonbandaufnahme vorkommenden Namen in der Transkription ausnahmslos durch Pseudonyme ersetzt. Auf eine zusätzliche Kennzeichnung der Pseudonyme wurde verzichtet.

Die Aussagen der Interviewerin wurden zudem am Satzanfang mit "I" (für "Interviewerin") gekennzeichnet, die Aussagen der Gesprächspartner mit "IP" (für "Interview-Partner"). Die üblicherweise darauf folgenden Satzzeichen der wörtlichen Rede wurden weggelassen.

5.3.2.5 Geräte

Die Gespräche wurden nach vorherigem Einverständnis der Untersuchungsteilnehmer mit einem Aufnahme- und Transkriptionsgerät (Diktier-/Wiedergabegerät Uher M190E samt Zubehör wie Kopfhörer und Fusspedal) aufgezeichnet. Dieses System stellt ein unauffälliges, leistungsstarkes Kleingerät dar, das die negativen Auswirkungen des Beobachterparadoxons zugunsten von mehr Natürlichkeit der Aufnahme reduziert.

Zusätzlich wurden gemäss Dittmar (2002, S. 56) die folgenden Anforderungen für eine für Forschungszwecke brauchbare Aufnahme in natürlichem Kontext erfüllt : Hintergrundgeräusche wurden während der Aufnahme vermieden bzw. minimiert. Beispielsweise wurde durch Schliessen von Fenstern und Türen der Lärm von Autos etc. vermindert. Zudem wurde das Mikrofon an der richtigen Stelle, d.h. in der Nähe der aufzunehmenden Person platziert, ohne das Gegenüber jedoch mit der Anwesenheit des Mikrofons zu belästigen.

Keine der Interviewpersonen fühlte sich durch die Tonbandaufnahme gestört. (Die Interviewleiterin fragte nach Beendigung des Interviews nach.)

5.4 Ablauf der qualitativen Untersuchung

5.4.1 Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme erfolgte an der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck (PUK Innsbruck) und an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (PUK Basel). Da beide Spitäler einen ausgezeichneten Ruf geniessen und es zudem durch das Probandengut in zwei Ländern (Österreich und Schweiz) zu einer guten Streuung der Daten kommt, wurde der Leiter der PUK Innsbruck, Herr Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber, von der Interviewerin kontaktiert. An der PUK Basel wurde bei Herr Prof. Dr. Franz Müller-Spahn, ärztlicher Leiter der PUK Basel, über eine Teilnahme an vorliegender Studie angefragt.

Beide Kliniken waren dankenswerterweise einverstanden, Teil einer wissenschaftlichen Untersuchung zur Qualitätssicherung zu sein. Für die PUK Basel wurde vorab der Studie eine Unbedenklichkeitsbescheinigung bezüglich des Datenschutzes bei der Datenschutzaufsicht²⁹ Basel-Stadt, Herrn Jean-Louis Wanner eingeholt.

Das Schreiben des Datenschutzaufsicht Basel-Stadt ist im **Anhang A 4** ersichtlich.

Den beiden Kliniken wurden nach Abschluss der Pilotstudie ein Bericht über ihre Ergebnisse übergeben.

Durch Herrn Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber bzw. Herrn Christoph Cassidy, dem Qualitätsbeauftragten und Leiter der Pflege in der PUK Basel, wurden die Interviewpartner der verschiedenen Berufsgruppen in ihren Spitälern mündlich angefragt und ein Kontakt mit der Interviewerin hergestellt. Dadurch konnten die Interviewtermine in den beiden Kliniken fixiert werden.

Es fanden bis auf die Gruppeninterviews mit Patienten und einem Gruppeninterview mit einer Qualitätsgruppe Einzelinterviews statt. Zusätzlich wurden von der Interviewerin Experten und Personal der Suchtanstalt Maria Ebene³⁰ (Vorarlberg) und der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich telefonisch kontaktiert. Damit konnten zusätzlich zwei Experten und eine Pflegeperson interviewt werden.

Patienten, die die Einschlusskriterien für die Fokusgruppe erfüllten, wurden von den Stationsärzten der beiden psychiatrischen Kliniken persönlich angefragt. Es wurde ihnen neben den Erklärungen des Arztes ein Informationsschreiben der Interviewerin über die Untersuchung übergeben. Besonderes Augenmerk wurde auf die Formulierung des Textes gelegt. Um die angeschriebenen Patienten zu einer Teilnahme zu motivieren, wurde der Text mit Hilfe einer Werbeagentur verfasst.

²⁹ Der Datenschutzbeauftragte des Kantons (analog einem österreichischen Bundesland) in der Schweiz ist zuständig für die Datenbearbeitung der kantonalen und gemeindlichen Verwaltungen und kann bei Fragen oder konkreten Anliegen im Zusammenhang mit der Datenbearbeitung kontaktiert werden.

³⁰ Die Suchtanstalt Maria Ebene bietet eine achtwöchige Therapiedauer bei Suchterkrankungen an. Im Jahr 2000 wurden 348 Patienten stationär behandelt. Für weitere Informationen: siehe auch <http://www.mariaebene.at>

Der Text wurde bewusst einfach und kurz gehalten, um die psychiatrischen Patienten in ihrer Aufnahmefähigkeit und Konzentration nicht zu überfordern. Ein exemplarisches Informationsschreiben für die Gruppendiskussion mit Patienten an der PUK Basel befindet sich im **Anhang A 5**. Aus Datenschutzgründen wurde der Name des kontaktierenden Arztes, der in beiden Kliniken auch Interviewpartner war, nicht bekanntgegeben.

Die Teilnahme war freiwillig, es wurde von den kontaktierenden Ärzten gemeinsam mit der Interviewerin ein Termin in der jeweiligen Klinik fixiert, zu dem die Patienten zum Gruppeninterview erscheinen konnten. Idealerweise fand das Gruppeninterview am Nachmittag nach den Therapiestunden und vor dem Abendessen statt, d.h. um ca. 16.00 Uhr. Insgesamt waren beim Gruppeninterview auf der PUK Innsbruck fünf, auf der PUK Basel sechs Patienten anwesend.

Vor Beginn des eigentlichen Interviews wurde allen Interviewteilnehmern für ihre Unterstützung gedankt und noch einmal ausführlich dargelegt, um was es in der Untersuchung geht. Auf die Anonymität der Daten und die Auswertung wurde verwiesen und die entsprechende Einverständniserklärung unterschrieben (siehe **Anhang A 6**). In allen Fällen durfte das Gespräch nach Einverständnis der Gesprächspartner auf Tonband aufgenommen werden.

Auf die Möglichkeit, Aussagen zu verweigern, Aussagen ohne Aufnahmegerät zu tätigen bzw. die schon getätigte Aussage vom Aufnahmegerät wieder löschen zu können, wurde ebenfalls verwiesen, wie auch auf die Dauer des ca. einstündigen Interviews. Für nach dem Interview auftauchende Fragen oder rückwirkende Änderung der Einverständniserklärung bekamen die Gesprächspartner die Adresse der Interviewerin.

Nach diesen Abklärungen, die teilweise bereits bei der ersten Kontaktaufnahme erfolgten, der Vollständigkeit halber jedoch nochmals am Beginn des Interviews wiederholt wurden (v.a. der Hinweis bezüglich der *Anonymität der Daten*), begann das eigentliche Interview. Sowohl die Einzelinterviews als auch die Gruppeninterviews dauerten jeweils ca. eine Stunde mit Ausnahme von drei Interviews: Diese wurden um eine halbe Stunde verlängert, um den Redefluss der Interviewpartner nicht zu unterbrechen. (Somit fanden neun Interviews zu je einer Stunde und drei Interviews zu je eineinhalb Stunden statt.)

Nach der Beendigung des Interviews und der Verabschiedung (wobei den Interviewteilnehmern auch gedankt wurde) fertigte die Interviewerin das Postskriptum für das jeweilige Interview an.

5.5 Auswertungsprogramm GABEK/Winrelan

GABEK (GAnzheitliche BEwältigung sprachlich erfasster Komplexität) ist ein PC-unterstütztes qualitatives Verfahren (© Zelger 1992-2002) zur Auswertung normal-sprachlicher Äusserungen vieler Personen. Zur Aufbereitung und Auswertung der Daten wurde das Textanalyse-Softwareprogramm WinRELAN (Windows RELationen ANalyse, © Zelger 1992-2002) entwickelt.

Obwohl dieses Verfahren noch relativ jung ist, wurden bereits in insgesamt elf Ländern sehr erfolgreich mehr als 100 Projekte in verschiedensten Disziplinen ausgearbeitet: GABEK wurde angewendet zur Qualitätssicherung (z. B. Überprüfung des Leistungsangebots einer Abfallwirtschaftsorganisation), in der Organisationsentwicklung (z. B. Transformation Process of the Vaal Triangle Campus in Südafrika), Produktbewertung (z. B. Vergleich von Fahrzeugen, Daimler-Benz-Konzern), Marketing (z. B. Black Beauty Care Products Investigation), Konfliktbearbeitung (z. B. South African Industrial Relations), Stadtteiluntersuchung (Tepito/Mexico City), Regionalentwicklung (z. B. Kooperationsmöglichkeiten bei der Energienutzung im Gail- und Lechtal), Traumforschung (z. B. Struktur von Fantasien und Träumen, Dream Content Analysis), Erfahrungsanalyse (z. B. Süsstoff: Suchtmittel der Psyche? Erfahrungen von betroffenen Müttern von Kindern mit Magnetresonanztomografie-Untersuchungen³¹), Einstellungsforschung (z. B. zur Identität Vorarlbergs), Innovationsforschung (z. B. Erfolgsfaktoren von Innovationen), Theoriebildung (z. B. Einfluss von Angst auf das Erlernen einer Zweitsprache), schülerorientierte Didaktik (im Mathematik-, Deutsch-, Sport- und Philosophie-/Psychologieunterricht), Evaluierung (z. B. von Sozialarbeit in Slovenien). Daneben wurden Projekte zur Überprüfung der Zuverlässigkeit und Gültigkeit des Verfahrens sowie zur seiner Methodenentwicklung durchgeführt.

Die Weiterentwicklung der Software erlaubt laut Zelger (2000) auch die Durchführung von grossen Projekten. So werden beispielsweise in einem INTAS-Projekt in Georgien, in Österreich, in der Ukraine und in Holland 200 Interviews über ethische Konflikte in der Medizin

³¹ Diese Studie wurde von mir im Rahmen meiner Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck verfasst und kann auf deren Universitätsbibliothek unter dem Titel „Kinder und Magnetresonanztomographie – Eine Studie zum Erfahrungswert von betroffenen Müttern“ eingesehen werden.

bearbeitet oder in Österreich 70 einstündige Interviews über die Akzeptanz von Niedrigenergie-Hauskomponenten analysiert.

Allgemein gesprochen, ist laut Kraler (1999) die Grundidee von GABEK/WinRELAN, „nach bestimmten semantischen und syntaktischen Regeln eine geschlossene inhaltliche Vernetzung von Einzelaspekten einer komplexen Situation herzustellen, um einen sinnvollen Gesamtzusammenhang, einen Überblick und in der Folge einen realistischen Massnahmenkatalog erstellen zu können“ (S. 1). Als Wissensquelle dienen sprachliche bzw. schriftliche Äusserungen von Mitgliedern einer bestimmten Personengruppe.

Meinungen, Werthaltungen, Wissen, emotionale Einstellungen und Problemlösungsvorschläge können mit Hilfe von GABEK/WinRELAN in einen geordneten Zusammenhang gebracht werden, indem sie miteinander vernetzt werden. Es entsteht schliesslich eine geordnete hierarchische Gesamtübersicht über die vielen Meinungen. Dieses Meinungsnetz oder Ausdrucksnetz ermöglicht eine sinnvolle Orientierung in der gesamten Thematik. Damit können Kernthemen, denen eine Bedeutung zukommt, herausgefiltert, Zusammenhänge verstanden, Optionen bewertet und Ziele bestimmt werden. Oberstes ethisches Ziel, welches durch GABEK angestrebt wird, ist jedoch der „Versuch, die Basis sozialer Organisationen mehr und mehr einzubeziehen, wenn es um die Erneuerung geht, und durch das Eingehen auf Meinungen anderer, positive emotionale Bindungen zwischen den Mitgliedern der Organisation zu fördern, sodass Gemeinschaft entstehen kann“ (Zelger, 2000, S. 19).

5.5.1 Theorie der Gestaltbildung

Ausgangspunkt der Gestaltbildung in der Methode GABEK ist die Gestaltwahrnehmung von Carl Stumpf. Zelger (1999, S. 41) führt in Analogie zum Begriff der Wahrnehmungsgestalt zunächst das Konzept der sprachlichen Gestalt ein.

Zelger (2000, S. 207 ff.) nimmt an, dass die unbewusste sprachliche Problemlösungsfähigkeit dazu führt, dass auch ungeordnete sprachliche Äusserungen und diskrete sprachliche Gedanken immer wieder zu geordneten sprachlichen Komplexen verbunden werden. Sowohl Wahrnehmung als auch Denken sind Interaktionsprozesse des Menschen mit der Umwelt, durch die er Reize der komplexen Lebenswelt selektiert und zu übergeordneten Einheiten verbindet bzw. bewertet. Der Mensch nimmt dabei die Umwelt nicht durch isolierte Sinnesdaten wahr, sondern in Form von geordneten Gestalten. Genauso versteht er sprachliche Äusserungen nicht über isolierte Begriffe, sondern durch zusammen-

hängende sprachliche Komplexe, die Zelger (2000) in Analogie zu den Wahrnehmungsgestalten von Stumpf als „sprachliche Gestalten“ bezeichnet.

Wahrnehmungsgestalten werden von Stumpf als Beziehungsgefüge zwischen Sinneseinheiten aufgefasst. Das bedeutet, dass eine grundlegende Leistung der Erfahrungsverarbeitung darin besteht, unbewusst Beziehungen zwischen elementaren verbalen Daten zu knüpfen, jedoch mit dem Vorwand, dass, obwohl die Ergebnisse sprachlicher Wissensverarbeitung auch bewusst werden, der Prozess der Verknüpfung von Sätzen (also der eigentliche sprachliche Gestaltbildungsprozess) überwiegend unbewusst bleibt.

Wenn nun ungeordnete Sinneseindrücke in Form von Wahrnehmungsgestalten geordnet werden, dann kann laut Zelger (1999) eine analog konzipierte Organisationsweise auch zur Integration ungeordneter Texte führen. Er überträgt somit die Grundideen von Stumpf über die gestalthaft strukturierte Erfahrung auf scheinbar ungeordnete normalsprachliche Texte. Dabei nimmt er zusätzlich an, dass die Verknüpfungen der Daten, d.h. die erzeugten Verbindungen zwischen Aussagen, in dem Sinne gespeichert werden, dass diese Verknüpfungen wieder rekonstruiert werden können. Programme oder komplexe Verarbeitungsbahnen (die bewirken, dass ähnliche Verknüpfungen leichter wieder erzeugt werden können) fasst Zelger (2000) demnach als „sprachliche Gestalten“, „Hypergestalten“ und „Hypergestalten höherer Ordnung“ auf (S. 42; siehe auch „Die Bedingungen einer sprachlichen Gestalt“).

Die sprachlichen Erfahrungen sind in Form von so genannten Gestaltenbäumen unbewusst strukturell gespeichert. Die kognitive Wissensverarbeitung wird als Prozess angesehen, der ständig abläuft. Die empfangenen und dann gespeicherten verbalen Basisdaten werden unbewusst immer wieder neu zu sprachlichen Gestalten gruppiert, diese wiederum zu sprachlichen Hypergestalten und so weiter. Es ist ein Prozess der parallelen Gestaltenbaum-Bildung, wobei die verbalen Daten oder Meinungen und Einstellungen einer Person oder einer Gruppe von Personen durch viele miteinander verbundene Gestaltenbäume repräsentiert werden.

Im Folgenden wird näher auf die Verarbeitung des Textmaterials in ein Ausdrucksnetz sowie die Bedingungen einer sprachlichen Gestalt bzw. auf eine Beschreibung des Gestaltenbaumes eingegangen.

5.5.2 Das Ausdrucksnetz (Indexierungssystem)

Wenn man sich nun die unterschiedlichen Aussagen und Meinungen als geistige Landschaft vorstellt, so stellen die Begriffe, die häufig verwendet werden, Städte dar (= Hypergestalten), Begriffe, die selten vorkommen, Dörfer (= Gestalt). Aussagen bringen mehrere Begriffe in Zusammenhang. Sie entsprechen sozusagen den Strassen bzw. Strassenkreuzungen, von denen aus man mehrere Ortschaften erreichen kann.

Zur schnellen Orientierung kann man nun eine Landkarte erstellen, indem man die Texte in einem *formalen Ausdrucksnetz* darstellt. Dabei werden in einem ersten Auswertungsschritt die transkribierten Interviews in so genannte *Sinneinheiten* (Synonyme: Sätze, Karteikarten) eingeteilt. Offensichtlich unwesentliche Satzpässagen (wie z. B. Information über den beruflichen Werdegang eines Interviewpartners) werden im Text gestrichen und die dadurch gewonnenen Kernaussagen einzeln auf Karteikarten in das WinRELAN-Programm übernommen. WinRELAN überträgt dabei DOC- und ASCII (txt)-Files automatisch in Karteikarten, welche mit laufender Bezeichnung Aa, Ab, ... Zz versehen sind (siehe dazu Abb. 2).

Die Sinneinheiten werden in einem weiteren Schritt *kodiert*, d.h. die Sätze werden als Mengen von lexikalischen Ausdrücken, so genannten *Schlüsselbegriffen oder Variablen*, dargestellt. Im Idealfall finden sich mindestens drei bis höchstens zehn Ausdrücke in einer Karteikarte. Sie sollen den semantischen Gehalt der Karteikarte wiedergeben (siehe auch „Die Bedingungen einer sprachlichen Gestalt“).

Neben der Kodierung über Ausdrücke fand in vorliegender Auswertung informationshalber noch eine Einteilung der Kriterien nach Berufsgruppen statt, um Zusammenhänge zwischen Berufsgruppen und Gestalten eventuell erkennen zu können.

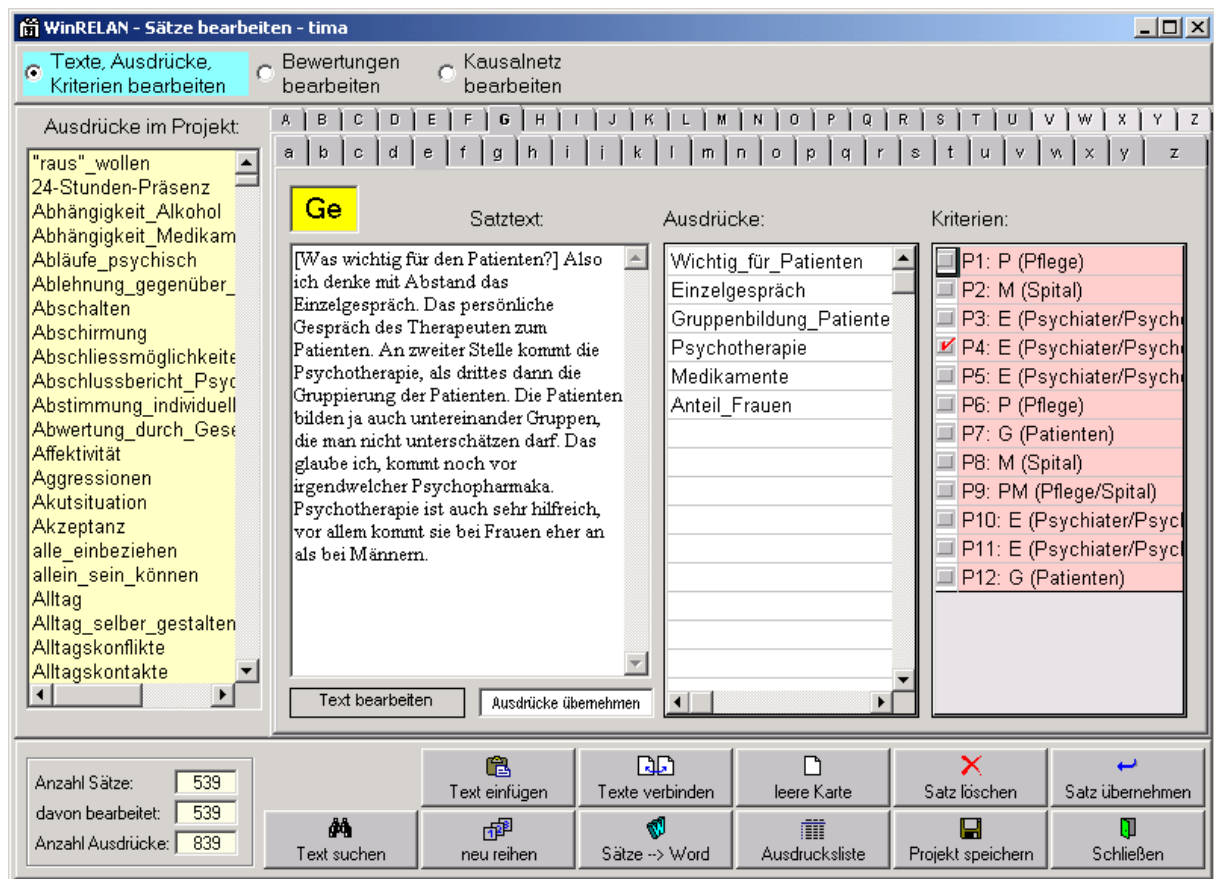


Abbildung 2. Screen Shot einer Karteikarte (Ge) mit Kodierung und Ausdrucksliste.

Nachdem alle Karteikarten bzw. Sätze kodiert sind, wird automatisch eine nach Anzahl des Vorkommens gereihte Ausdrucksliste erstellt. Das WinRELAN-Programm speichert natürlich nicht nur die formale Ausdrucksmenge für jeden Satz, sondern auch den authentischen Volltext selber. D.h. man kann im Ausdrucksnetz von den Satznamen (z.B. Ac) oder den Ausdrücken (z. B. „Alltagskonflikte“) auf die entsprechenden Texten übergehen. Die Ausdrucksliste gibt zudem bereits einen ersten Überblick über wichtige Themen.

5.5.3 Die sprachliche Gestalt und der Gestaltenbaum

Der eigentlich qualitative Sprung über eine rein numerische Auswertung hinaus erfolgt nun bei der für die Erstellung einer hierarchischen Gestaltpyramide notwendigen Clusteranalyse. Dabei werden die kodierten Sätze ausgehend von gemeinsamen Schlüsselbegriffen bzw. Ausdrücken automatisch vom Programm WinRELAN zu inhaltlich kohärenten Textgruppen zusammengefasst.³² Die Ergebnisse der Clusteranalyse dürfen jedoch nicht als Endergebnis

³² Bezüglich des Algorithmus, der der Clusteranalyse zugrunde liegt, sei auf Zelger (1996) verwiesen.

aufgefasst werden. Sie werden in GABEK nur zur Beschleunigung der persönlichen Such- und Navigationsprozesse eingesetzt, um effizienter zu sinnvollen Textgruppen zu gelangen.

In einem weiteren Auswertungsschritt werden dann aus diesen Gruppen von Sätzen nach den in der Methode GABEK festgelegten Regeln so genannte sprachliche Gestalten erstellt.

Der Begriff Gestalt wird von Zelger (1999) definiert als „komplexe sprachliche Einheit, bei der sich die einzelnen Sätze als Teile voneinander deutlich unterscheiden und gleichzeitig durch Knotenbegriffe stabil miteinander vernetzt sind, so dass die Textgruppe insgesamt als sinnvolle gedankliche Einheit empfunden wird“ (S. 41). Ganz allgemein gesprochen ist eine Gestalt die Bezeichnung für eine nach bestimmten Regeln erstellte Zusammenfassung von Sätzen, die inhaltliche Gemeinsamkeiten aufweisen. Die dabei zugrunde liegenden Prinzipien sind unter anderem Verdichtung und Reduktion von Redundanz. Entscheidend dabei ist, dass bei der Gestaltbildung das gesamte Datenmaterial berücksichtigt wird.

DIE BEDINGUNGEN EINER SPRACHLICHEN GESTALT

Eine sprachliche Gestalt ist eine Textgruppe mit drei bis neun Sätzen oder kurzen Absätzen und einer Zusammenfassung (selektive Repräsentation) einer Textgruppe, die die folgenden syntaktischen, semantischen und pragmatischen Bedingungen erfüllt:

1. *Die formale Vernetzungsregel:* Die Sätze einer sprachlichen Gestalt sollen über gemeinsame Schlüsselausdrücke eng zusammenhängen. Jeder Satz soll mehrere Ausdrücke enthalten, die auch in anderen Sätzen der Textgruppe vorkommen. Empfohlen wird, dass wenigstens drei Ausdrücke jedes Satzes mindestens zweimal in der Textgruppe vorkommen, so dass sie auch Knotenausdrücke in der Textgruppe sind. Ausserdem muss jeder Satz durch seine Knotenausdrücke mit wenigstens zwei weiteren Sätzen der Textgruppe verbunden sein. Jede Texteinheit soll also mindestens drei Knotenausdrücke enthalten. Dies sind Schlüsselausdrücke, die insgesamt in der Textgruppe mindestens zweimal vorkommen.
2. *Die formale Differenzierungsregel:* Gefordert wird, dass sich jeder Satz in der Satzgruppe durch unterschiedliche Ausdrücke hinreichend unterscheidet. D.h. die Menge der Schlüsselausdrücke einer Texteinheit darf nicht enthalten sein in der Menge der Schlüsselausdrücke einer anderen Texteinheit derselben Textgruppe. In jedem Paar von Texteinheiten sollen mindestens drei Ausdrücke nicht in der Schnittmenge der Ausdrucksmengen der beiden Texteinheiten liegen.

3. *Die Regel der maximalen formalen Distanz:* Eine sprachliche Gestalt darf nicht zu umfangreich sein, damit sie als gedankliche Einheit noch bewusst erfasst werden kann. Man soll von jedem Satz in der Textgruppe über höchstens einen anderen Satz zu jedem weiteren Satz gelangen können, wenn man den inhaltlichen Verknüpfungen über gemeinsam vorkommende Schlüsselausdrücke nachgeht. Dies ist nur möglich, wenn die Textgruppe konsistent ist. Also muss vor allem auf Widerspruchsfreiheit der Textgruppen geachtet werden.
4. *Die Regel der semantischen Demonstrierbarkeit:* Da die Gruppierung von Sätzen nur dann als sinnvoll anzusehen ist, wenn es auch Anwendungen gibt, muss gefordert werden, dass für jede formale sprachliche Gestalt auch ein paradigmatisches Beispiel aufgewiesen werden kann
5. *Die Regel der formalen Selektion:* Eine Zusammenfassung (selektive Repräsentation) der Textgruppe von drei bis neun Aussagen wird schnell (intuitiv) gebildet. Bei der Formulierung der selektiven Repräsentation wird davon ausgegangen, dass die Inhalte der sprachlichen Gestalt durch die mehrfach in der Textgruppe vorkommenden Begriffe wesentlich mitbestimmt sind. Die Zusammenfassung einer Textgruppe ist demnach ein neuer Satz, der genau die Knotenpunkte der Textgruppe als Schlüsselbegriffe enthält.
6. *Die Regel der semantischen Implikation:* Die Zusammenfassung ist eine semantische Implikation aus der Textgruppe, d.h. wenn alle Sätze der Satzgruppe wahr sind, dann muss auch die selektive Repräsentation wahr sein.
7. *Die Regel der pragmatischen Anwendbarkeit:* Eine sprachliche Gestalt soll wenigstens für eine Person einen Sinn haben. Dies setzt voraus, dass es eine Person P zu einem Zeitpunkt t und in einer Situation S gibt, die glaubt, dass die Zusammenfassung in einer neuen Lebenssituation anwendbar ist als Orientierungs-, Erklärungs- oder Handlungsmuster.

Wenn alle obigen Regeln für eine Textgruppe erfüllt sind, dann bildet sie zusammen mit der selektiven Repräsentation, d.i. die Zusammenfassung, eine sprachliche Gestalt³³.

Wenn mehrere sprachliche Gestalten gebildet wurden, werden aus diesen neuen verdichteten Zusammenfassungen unter neuerlicher Anwendung obiger Regeln übergeordnete Textgruppen gebildet. Diese bilden auf der nächsthöheren Ebene so genannte sprachliche *Hypergestalten*. Sprachliche Hypergestalten lassen sich schliesslich auf einer

³³ In der Praxis hat sich hinsichtlich der formalen Regeln (1-3) gezeigt, dass diese nicht allzu streng gehandhabt, sondern vielmehr als Richtlinien aufgefasst werden sollen, um ein inhaltliches Auseinanderfallen der Textgruppe (Vernetzungsregel), eine allzu grosse Redundanz (Abgrenzungsregel) oder Unübersichtlichkeit (Regel der formalen Distanz) zu vermeiden.

übergeordneten Ebene zusammenfassen, die als Ebene der sprachlichen *Hyperhypergestalten* bezeichnet wird. Die obersten Ebenen sind als Kernaussagen anzusehen.

Aus dieser Vorgehensweise ergibt sich der *Gestaltenbaum*, der die Ergebnisse der Analyse in hierarchisch geordneter Struktur präsentiert. Der Gestaltenbaum ist somit eine Gesamtübersicht über alle Ergebnisse der Studie, wobei die Texte an der Spitze eines Gestaltenbaumes allgemeiner als die Texte an der Basis sind, da sie mehr Anwendungen oder eine grössere Erfahrungsbasis umfassen. Jede Zusammenfassung im Gestaltenbaum ist eine semantische Implikation von Texten der darunterliegenden Ebene und kann auf der Basis der authentischen Äusserungen der Befragten logisch begründet, vollständig deduziert und intersubjektiv reproduziert werden.

Ein seriell dargestellter Gestaltenbaum sieht exemplarisch folgendermassen aus (Abb. 3):

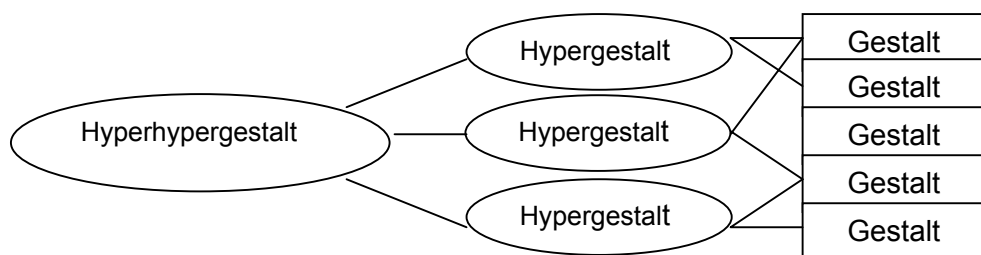


Abbildung 3. Idealtypischer, seriell dargestellter Gestaltenbaum.

Zusätzlich zum Gestaltenbaum können aus den Antworten der Befragten Bewertungsprofile und Kausalnetze erstellt werden. Bewertungsprofile beinhalten alle positiven und negativen Bewertungen von Merkmalen, Ereignissen und Zuständen der Ist-Situation, dargestellt in Listenform oder anders ausgedrückt: eine „selection of positively and negatively valued attitudes coded by keywords“ (Buber & Kraler, 2000, S. 112). Kausalanalysen zeigen Annahmen der Befragten über Ursachen und Wirkungen der Ist-Situation auf. Dadurch lassen sich Meinungen und Einschätzungen über die Merkmale der Ist-Situation sowie deren grundlegende Folgen feststellen. Ausserdem können Änderungsvorschläge und konkrete Massnahmen sowie deren potenzielle Einflüsse aufgezeigt werden. Buber und Kraler (2000) drücken dieses „Causal Coding“ als „identification of causal opinions between contents“ aus (S. 112).

Diese letztgenannten Möglichkeiten waren in vorliegender Studie nicht relevant und wurden dementsprechend nicht realisiert.

5.6 Untersuchungsergebnisse von GABEK

In diesem Abschnitt werden die Untersuchungsergebnisse des qualitativen und computerunterstützten Auswertungsprogrammes GABEK bezüglich der zwölf Interviews mit Patienten, Personal, Experten und Qualitätsbeauftragten in Psychiatrien angeführt. Das Kapitel unterteilt sich in die Ergebnisse der ersten Stufe, den so genannten GABEK-Gestalten, gefolgt von den Ergebnissen der zweiten Stufe, den so genannten GABEK-Hypergestalten (vgl. auch Abb. 4).

Die auf die Hypergestaltebene folgende nächsthöhere Ebene - die Ebene der Hyperhypergestalten - ist aufgrund des höheren Differenzierungsgrades für vorliegende Studie zu abstrakt und dementsprechend irrelevant. Hyperhypergestalten wurden aus diesem Grund in dieser Studie nicht gebildet.

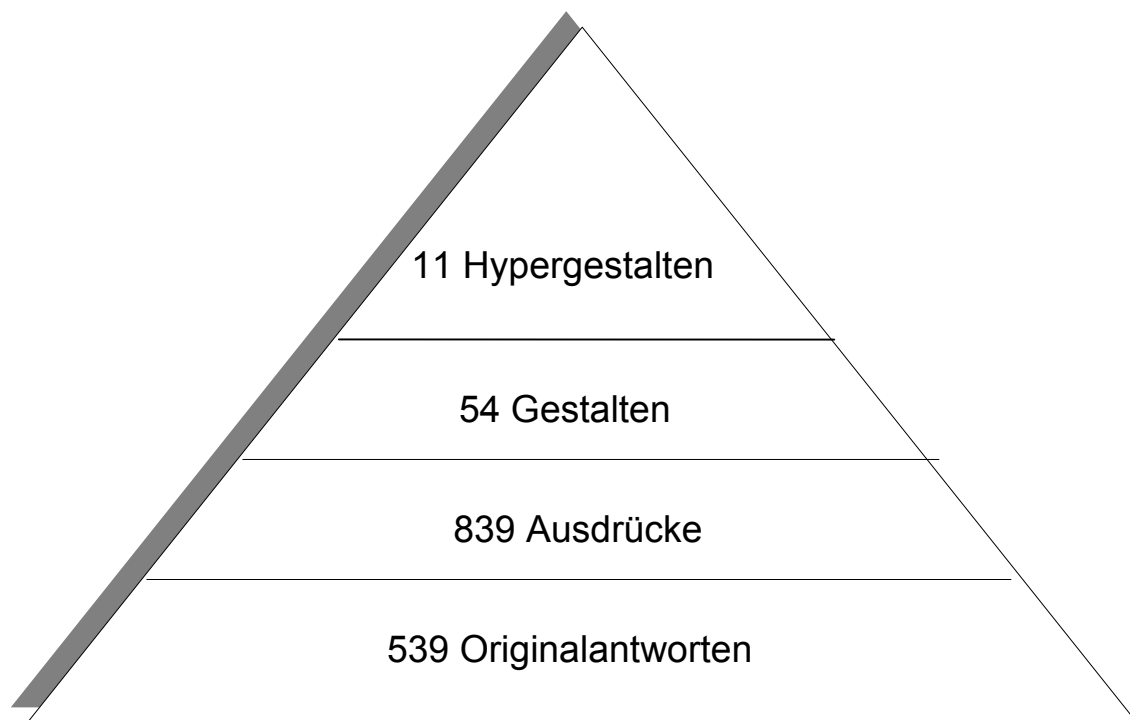


Abbildung 4. Ergebnisse des qualitativen Teiles, vertikal dargestellt.

Für vorliegende Arbeit wurde das Programm WinRELAN 32, Version 5.2.007³⁴ verwendet. Der vertikal dargestellte Gestaltenbaum (vgl. Abb. 3) besteht aus elf Hypergestalten sowie 54 sprachlichen Gestalten, basierend auf 539 Originalantworten. Diese wurden mit insgesamt 839 Ausdrücken kodiert.

Der Gestaltenbaum befindet sich *seriell abgebildet* im **Anhang A 7**, wobei sich am linken Rand die Hypergestalten befinden, gefolgt von den sprachlichen Gestalten am rechten Rand der Abbildung.

Im Folgenden werden die Gestalten und Hypergestalten mit ihren selektiven Repräsentationen, d.s. Zusammenfassungen, dargestellt, wobei die Reihenfolge vom seriell abgebildeten Gestaltenbaum abgeleitet wird. D.h. die Anordnung ist jeweils von oben nach unten zu verstehen, sowohl auf der Gestalt- als auch auf der Hypergestaltebene. Die Bezeichnung der Gestalten und Hypergestalten setzt sich aus den Ausdrücken zusammen, die am häufigsten in den die Gestalt bzw. Hypergestalt bildenden Texten vorkommen (siehe auch *die Regel der formalen Selektion*, Regel 5 der Bedingungen einer sprachlichen Gestalt, S. 137).

Zudem sei auf die in den Gestalten des seriellen Gestaltenbaumes oftmals verwendete Abkürzung „Pat“ verwiesen. Diese Abkürzung steht für „Patient“ und wird zum besseren Verständnis in der folgenden Darstellung der qualitativen Untersuchungsergebnisse vollständig ausgeschrieben, ebenso wie allfällige Abkürzungen (z.B. Vorbeh = Vorbehandlung). Zudem wurde in der folgenden Aufgliederung der Bindestrich weggelassen, der im Gestaltenbaum die Begriffe einer Gestalt bzw. Hypergestalt zusammenfügt (z.B. Psychose_akut = Psychose akut).

Der die Begriffe trennende Schrägstrich wird durch ein Komma sowie vor dem letzten Begriff mit einem „und“ ersetzt (z.B. G 18: Kontinuität_Personal/Ruhe/Ernstnehmen/wichtig_Patient = Kontinuität Personal, Ruhe, Ernstnehmen und wichtig Patient).

³⁴ GABEK/WinRELAN wird von J. Zelger projektbezogen und auf Zeit in Lizenz vergeben. Zum Abschluss oder zur Verlängerung eines Lizenzvertrages wende man sich an Prof. Dr. Josef Zelger, Institut für Philosophie, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innrain 52, A-6020 Innsbruck, Tel.: 0043-512-507-4028 oder Fax: 0043-512-507-2891, E-Mail: Josef.Zelger@uibk.ac.at

5.6.1 Die Gestalten

Es folgen die **54 sprachlichen Gestalten** des qualitativen Teiles in der vorliegenden Untersuchung. Die Reihenfolge versteht sich - wie bereits angeführt - von oben nach unten im seriell dargestellten Gestaltenbaum; jede Gestalt erhält in Klammer die Abkürzung „G“ für „Gestalt“ und ist fortlaufend nummeriert [z.B. (G 1) für die erste Gestalt].

Bezüglich des Inhaltes der Gestalten sei nochmals auf die formale Vernetzungsregel (Regel 1 der Bedingungen einer sprachlichen Gestalt, S. 136) verwiesen: Es herrscht durch Verwendung der Schlüsselbegriffe eine *enge Verbindung der Gestalten zu den Ursprungstexten*, d.s. die Originalaussagen der Interviews. Die Sprache der interviewten Personen wird sozusagen direkt in die Gestalten übernommen und bleibt dadurch in der qualitativen Auswertung erhalten.

Folgende verdichtete Aussagen der Interviewten konnten durch GABEK erkannt werden:

Zeitpunkt Befragung, Zustandsbild, Psychose akut und Ausschluss Zufriedenheitsmessung (G 1)

In Bezug auf die Zufriedenheitsmessung ist der Zeitpunkt der Befragung insofern von Bedeutung, als dass das Zustandsbild aufgrund einer akuten Psychose, wie z.B. bei starken Depressionen, ein Ausschlusskriterium sein kann, aber nicht zwingend sein muss.

Zeitpunkt nach Entlassung, Ausschluss, Psychose akut, Zustandsbild, Beteiligung Fragebogen, Verärgerung und Neutralität (G 2)

Wenn man Patienten jedoch zu einem Zeitpunkt *nach der Entlassung* befragt, so fällt das Argument weg, dass sie - vom Zustandsbild her - in einer akuten Psychose von der Befragung ausgeschlossen werden müssen. Die Beteiligung am Fragebogen kann dann negativ beeinflusst werden, wenn die Patienten über die Klinik verärgert sind, und positiv beeinflusst werden, wenn man sie von der Neutralität der untersuchenden Institution überzeugen kann.

Zeitpunkt Endphase, nach Entlassung und Rücklaufquote (G 3)

Ein guter Zeitpunkt für die Befragung ist die Endphase des Aufenthaltes. Man kann den Fragebogen auch nach Hause schicken, doch nimmt dann die Rücklaufquote ab.

Zwangsbehandlungen, Kritikanteil, nach Entlassung und Fragebögen (G 4)

Man kann über eine Zwangseinweisung oder freiwillig eintreten. Wenn man die Fragebögen nach der Entlassung zuschickt, besteht bei zwangsbehandelten Patienten die Möglichkeit, dass der Kritikanteil höher ist.

Zustandsbild, Zeitpunkt, Ausschluss und Psychose akut (G 5)

Für den Zeitpunkt der Befragung ist das Zustandsbild des Patienten ausschlaggebend. Im Falle einer akuten Psychose erscheint ein Ausschluss von der Zufriedenheits-Messung sinnvoll.

Rauchverbot (G 6)

Ein absolutes Rauchverbot führt zu wiederholtem Verstoss gegen selbiges und zu Schwierigkeiten, über die man sich im Gespräch mit den Patienten auseinander setzen muss. Man sollte Zugeständnisse machen, indem man Raucherzonen und rauchfreie Zonen macht.

Etwas erreichen, Gespräch Patient, Erklären, Verstehen, Hausordnung und Widerstand (G 7)

In einem erklärenden Gespräch mit den Patienten lässt sich viel erreichen, weil auf diese Weise Verständnisfragen geklärt und Widerstände aus dem Weg geräumt werden, so z.B. auch die Hausordnung betreffend.

Basis freiwillig, Freiwilligenschein, Hausordnung und Freiheit zu gehen (G 8)

Die Patienten, die auf freiwilliger Basis da sind, unterschreiben einen Freiwilligenschein und haben die Freiheit, jederzeit zu gehen. Mit Unterschreiben des Freiwilligenscheins erklären sie sich jedoch auch bereit, die Hausordnung einzuhalten.

Ausstattung, Fernseher, Rückzug (G 9)

Da es von den Patienten gewünscht wird, beinhaltet die Ausstattung der Räume oft einen Fernseher. Dieser kann aber eine unerwünschte Rückzugsmöglichkeit darstellen.

Rückzugsmöglichkeit, Mehrbett, Zimmergenosse und WC (G 10)

In Mehrbettzimmern gibt es durch die Anwesenheit des oder der Zimmergenossen im Grunde keine wirkliche Rückzugsmöglichkeit, daher ziehen sich einige Patienten auch beispielsweise in das WC zurück.

Station geschlossen, wichtig, Aufnahme, Schwierigkeiten, Patient manisch, Rückzugsmöglichkeit und Gefangenheitsgefühl (G 11)

Bei Aufnahme in eine geschlossene Station treten oft Schwierigkeiten auf, z.B. im Zusammenhang mit manischen Patienten. Hier ist es wichtig für die Patienten, eine Rückzugsmöglichkeit zu haben, da sonst ein Gefangenheitsgefühl sehr stark wird.

Erwartungen Kunde und Realisierbarkeit (G 12)

Die Erwartungen der Kunden (d.s. die Patienten), dass im Zusammenhang mit sozialen Problemen, z.B. mit ihren Beziehungsproblematiken, eine Lösung gefunden wird, sind im Allgemeinen durch die Psychiatrie alleine nicht realisierbar.

Zielsetzung, Gespräch, Realisierbarkeit, Erwartungen und Lösung (G 13)

Die Erwartungen des Kunden sind oft nicht realisierbar. Doch kann man im Gespräch mit den Patienten Lösungen finden. Wichtig ist hier vor allem, den Patienten eine realistische Zielsetzung für ihre Probleme zu unterbreiten, damit sie besser mit den Problemen umgehen können.

Erwartungen, Personal begrenzt, Realisierbarkeit, Betreuung, Einzelgespräch und Beziehung Patient Personal (G 14)

Die Erwartungen des Kunden bezüglich psychologischer Betreuung und Einzelgespräche sind oftmals grösser als das, was aufgrund des begrenzten Personals (Pflege und Arzt) realisierbar ist. Die Patienten wünschen sich genügend Zeit und Gespräche. Wie die psychologische Betreuung empfunden wird und ob es zu Einzelgesprächen kommt, hängt auch von der Beziehung zwischen den Patienten und dem Personal ab. Diese soll motivierend sein.

Somatik, Psychiatrie und Unterschied (G 15)

Die Psychiatrie ist in einigen Belangen von der Somatik unterschiedlich zu sehen.

Ergotherapie (G 16)

Je nach Behandlungskonzept werden kognitive Therapien und Einzelgespräche angeboten sowie Ergotherapien und Physiotherapien, die den Patienten wichtig sind.

Wichtig, Essen und Wahlkostprogramm (G 17)

Das Essen spielt eine wichtige Rolle für den Patienten. Ein Wahlkostprogramm wird allgemein für gut befunden.

Kontinuität Personal, Ruhe, Ernstnehmen und wichtig Patient (G 18)

Neben dem Ernstgenommenwerden ist es sehr wichtig für den Patienten, dass er Ruhe findet, eine gewisse Kontinuität bezüglich des Personals gewährleistet ist und keine hohe Fluktuation in der Klinik herrscht.

Wichtig, Mitbestimmung, Ernstnehmen, Information, Eingehen Bedürfnisse und Wertschätzung (G 19)

Für die Patienten ist es einerseits wichtig, dass sie informiert, ernstgenommen und wertgeschätzt werden, andererseits auch, dass sie mitbestimmen können und man auf ihre Bedürfnisse eingeht.

Essen eintönig und Unzufriedenheit (G 20)

Die Patienten sind mit dem Essen unzufrieden, wenn sich das Essensangebot immer wiederholt und dadurch sehr eintönig wird.

Erwartungen, Zeit, Ernstnehmen, Gespräche, Alltag und Freundlichkeit (G 21)

Die Patienten erwarten, dass man sich Zeit für sie nimmt und im Sinne einer alltäglichen Kontaktaufnahme viele Gespräche mit ihnen führt, sie ernstnimmt und freundlich behandelt.

Erwartungen, Gespräch Patient, Behandlungsplan und Zeit Patient (G 22)

Die Kunden erwarten, dass man ihnen einen Behandlungsplan erarbeitet, viel mit ihnen spricht und viel Zeit für sie hat.

Gespräch Patient, Zeit Patient, Anlaufstelle Patient, Alltagskontakte und Austausch (G 23)

Es ist gut, Zeit für die Patienten zu haben, so dass das Personal eine Anlaufstelle für die Patienten darstellt. In den Gesprächen kann ein Austausch stattfinden und Alltagskontakte können geknüpft werden.

Wichtig Patient, Zeit, Betreuung und Gespräch Patient (G 24)

Wichtig für die Patienten ist, dass man sich Zeit für sie nimmt und mit ihnen spricht, so dass sie sich gut betreut fühlen.

Patient Zufriedenheit, Zeit Patient, Freundlichkeit, Ernstnehmen und Bevormundung (G 25)

Die Patienten sind zufriedener, wenn man in der Psychiatrie viel Zeit für sie hat, sie freundlich behandelt und sie ernstnimmt, anstatt zu bevormunden.

Umgangsweisen, Respekt und Wertschätzung Patient (G 26)

Das Personal zeigt (im Regelfall) Respekt und Wertschätzung im Umgang mit den Patienten und unterstützt sie.

Verbesserungen, Patientenbefragung, Vorschläge konstruktiv, Veränderungen und Unzufriedenheit verbalisieren (G 27)

Indem Patienten ihre Unzufriedenheit verbalisieren und auch konstruktive Vorschläge für Veränderungen vorbringen, kann man durchaus Verbesserungen erzielen. Hier sind Patientenbefragungen ein nützliches Utensil.

Reklamationen, Kommission, Instanz gerichtlich, Recht als Patient, Persönlichkeitsstörungen querulatorisch und Unzufriedenheit verbalisieren (G 28)

Patienten mit querulatorischen Persönlichkeitsstörungen verbalisieren zum Teil eher ihre krankhafte Unzufriedenheit, als dass sie echte Reklamationen vorbringen. Für Reklamationen von seiten der Patienten gibt es eine spezielle Kommission, die auch als gerichtliche Instanz die Rechte der Patienten vertritt.

Unzufriedenheit verbalisieren, Gespräch Arzt, einmal wöchentlich, Beziehung Patient-Personal und Ansprechpartner (G 29)

Seine Unzufriedenheit kann man theoretisch einmal wöchentlich im Gespräch mit dem Arzt verbalisieren. Auch kann das Personal Ansprechpartner sein, dazu muss aber die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Personal stimmen.

Aufklärung und Nebenwirkungen (G 30)

Über die Nebenwirkungen der Medikamente wird zu wenig Aufklärung betrieben.

Medikamente, Nebenwirkungen und Informationsveranstaltung (G 31)

Über die Nebenwirkungen der Medikamente sollte vermehrt aufgeklärt werden, was zum Teil in Informationsveranstaltungen in der Psychiatrie realisiert wird.

Kooperation, Entscheidungsfreiheit, Widerstand, Information, Alternativen suchen, wichtig Patient und Medikamente (G 32)

Für die Patienten ist es im Hinblick auf die Medikamente und auch generell wichtig, dass man sie informiert und für sie Alternativen sucht. Dadurch bekommen sie eine gewisse Entscheidungsfreiheit gewährt. Ihnen Entscheidungsfreiheit zu geben und über die

Medikamente gut zu informieren, fördert zudem die Kooperation und reduziert den Widerstand der Patienten.

Fragen Patient und Wirkung Medikament (G 33)

Wenn man als Patient wissen will, für was man ein bestimmtes Medikament bekommt, so braucht man nur zu fragen, dann wird man über die Wirkung des Medikamentes aufgeklärt.

Selbstständigkeit Patient (G 34)

Die Patienten sollen in einem strukturierten Tagesablauf in der Klinik ihren Alltag selber gestalten, um somit zur Selbstständigkeit angehalten zu werden, die ihnen bei der späteren Arbeits- und Wohnungssuche wiederum zugute kommt.

Selbstständigkeit, Alltag, Tagesablauf strukturiert und Frühstücksbuffet (G 35)

Es wird versucht, die Patienten zur Selbstständigkeit in einem strukturierten Tagesablauf anzuhalten, indem man sie ihren Alltag möglichst selber gestalten lässt, wie z.B durch Anbieten eines Frühstücksbuffets am Morgen. Dort muss sich jeder Patient selber sein Frühstück holen.

Medikamenteneinnahme, Selbstständigkeit und Kontrolle (G 36)

In Bezug auf die Medikamenteneinnahme wird versucht, dem Patienten in einer Mischung aus Kontrolle und Gewährung seiner Selbstständigkeit zu begegnen.

Psychiatrie, Ernstnehmen und Eingehen Bedürfnisse (G 37)

Auf der Psychiatrie sollen die Patienten im gleichen Masse ernstgenommen werden wie in der Somatik. Es ist gut für sie, wenn man auf ihre Bedürfnisse eingeht.

Somatik, Psychiatrie, Unterschied, Information, Eingehen Bedürfnisse und Akzeptanz (G 38)

Die Psychiatrie sollte sich in Bezug auf Information, Eingehen auf Bedürfnisse und Akzeptanz der Patienten nicht von der Somatik unterscheiden.

Eingehen Bedürfnisse, Mitbestimmung, Therapie, Medikamente und Zufriedenheit (G 39)

Das Eingehen auf die Bedürfnisse in Form von Mitbestimmung beim Therapieangebot und bei der Medikation steigert die Zufriedenheit der Patienten.

Unterschied, Kritikanteil und Somatik (G 40)

Im Vergleich zu somatischen Kliniken ist der Kritikanteil (bei Patientenbefragungen) in Psychiatrien höher.

Gespräch mit Arzt und Medikamente (G 41)

Im Regelfall bekommt der Patient im Gespräch mit dem Arzt die nötige Aufklärung und Information über seine Medikamente.

Aufklärung Medikamente, Medikamentenwechsel und Gespräch Arzt (G 42)

Im Gespräch mit dem Arzt wird der Patient über seine Medikamente aufgeklärt und auch über einen etwaigen Medikamentenwechsel informiert.

Aufklärung, Information, Krisenplan, Früherkennung und Gespräch Arzt (G 43)

Die Aufklärung und Information über die Medikamente des Patienten und die Krankheit vollzieht sich zum Teil über Gespräche mit dem Arzt. In die Bereiche Aufklärung und Information haben aber auch vermehrt Themen wie Früherkennung und Ausarbeiten eines Krisenplans für Rückfälle Einzug gehalten.

Entzug, Sicherheit, Pflege, Anfangszeit, Behandlung ambulant, Verweildauer und Information (G 44)

Für Patienten im Entzug (Alkohol, Drogen) sind Informationen und ein Gefühl der Sicherheit - gerade auch in der Anfangszeit - Faktoren, die die Pflege verbessern. Durch ein gewissenhaftes Informieren des Patienten kann das Sicherheitsgefühl des Patienten verstärkt werden. Die Verweildauer nach dem Entzug in der Psychiatrie hängt davon ab, ob die Patienten lieber eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen wollen oder nicht.

Rehospitalisierung mehrfach, Rückfallquote, Verlauf phasisch und Abhängigkeit Alkohol (G 45)

Bei Krankheiten mit phasischem Verlauf sowie bei alkoholabhängigen Patienten kommt es immer wieder zu Rückfällen und zu Rehospitalisationen.

Nachbetreuung, Ambulanz, psychosoziale Pflege und Facharzt (G 46)

Die Nachbetreuung ist oft so organisiert, dass der Patient in eine ambulante Behandlung entlassen oder durch den psychosozialen Pflegedienst oder einen niedergelassenen Facharzt weiterbetreut wird.

Kundenorientierung, Evaluation, Ergebnisse, Bestrebungen und Patientenzufriedenheit (G 47)

Die Ergebnisse der Evaluationen im Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit sind wichtig für die Bestrebungen im Sinne einer Kundenorientierung.

Behandlungserfolg messen, Erhebung systematisch und Schlussgespräch (G 48)

Der Behandlungserfolg wird nicht in dem Sinn gemessen, dass man nun eine systematische Erhebung macht. Aber im Schlussgespräch wird mit jedem Patienten darüber gesprochen, ob es einen Behandlungserfolg aus seiner Sicht gibt oder nicht.

Gruppenstunde, Entzugsabteilung, Abhängigkeit Alkohol, Aufklärung Krankheit und Themen Sucht (G 49)

In der Entzugsabteilung für alkoholabhängige Patienten wird teilweise in Gruppenstunden über die Krankheit aufgeklärt und diverse Themen zur Sucht werden behandelt. Dabei ist wichtig, dass man es auch versteht.

Nachbetreuung, Termine Nachfolgetherapie, Vorbehandlung ist gleich Nachbehandlung und nach Entlassung (G 50)

In punkto Nachbetreuung werden für die Zeit nach der Entlassung Termine für die Nachfolgetherapie geregelt. Oft ist der vorbehandelnde Arzt auch der nachbehandelnde Arzt.

Patientenzufriedenheit, Depression, Patient Sucht und Dankbarkeit (G 51)

Im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit gibt es Unterschiede je nach Krankheitsbild, z.B. sind Patienten mit Depressionen dankbarer als Suchtpatienten.

Fragebogen angepasst, Fragebogen einheitlich, Fragestellung allgemein und Fragen missverständlich (G 52)

Die Fragebögen zur Messung der Patientenzufriedenheit sind generell einheitlich (für Somatik und Psychiatrie) und die Fragestellung so allgemein gehalten, dass es eigentlich keine missverständlichen Fragen gibt. D.h. diese allgemeinen Fragen gelten sowohl für Patienten in der Chirurgie als auch für Patienten in der Psychiatrie. Ob es einen angepassten Fragebogen für die Psychiatrie geben soll, hängt von der Fragestellung ab, ob man z.B. eine Therapie evaluieren möchte.

Fremdgefährdung, Selbstgefährdung, Konflikte, Zwangsmedikation Spritzen, Suizid, Sicherheitsvorkehrungen und Sanitär (G 53)

Im Umgang mit Konflikten bei Einweisungen aufgrund von Fremdgefährdung oder Selbstgefährdung greift man im Extremfall zur Zwangsmedikation durch Spritzen, zur Fixierung, Isolierung oder sonst was. Gegen Suizidgefährdung gibt es gewisse Sicherheitsvorkehrungen im Bereich der sanitären Anlagen.

Ausleben der Störung, Ernstnehmen Patient, Ruhe und Patientenbefragung (G 54)

In einer Patientenbefragung liesse sich feststellen, ob die Patienten wirklich ihre Störung ausleben konnten und ob sie ernstgenommen wurden und die nötige Ruhe gefunden haben.

5.6.2 Die Hypergestalten

Folgende *elf Hypergestalten* konnten aus den vorher erwähnten 54 Gestalten extrahiert werden. Sie sind - wie die Gestalten - aus dem seriellen Gestaltenbaum von oben nach unten herausgenommen, mit der Bezeichnung „HG“ für „Hypergestalt“ und einer fortlaufenden Nummerierung versehen.

Zeitpunkt Befragung, Endphase, nach Entlassung und Rücklaufquote (HG 1)

Bei Befragungen zur Patientenzufriedenheit während des stationären Aufenthaltes bietet sich die Endphase an. Man muss dabei aber auf das Zustandsbild des Patienten achten, eine akute Psychose kann ein Kriterium für den Ausschluss von der Zufriedenheitsmessung sein. Bei einer Befragung nach der Entlassung gibt es kein Problem mit dem Zustandsbild, dafür aber mit der Rücklaufquote. Auch kann hierbei bei zwangsbehandelten Patienten der Kritikanteil höher sein.

Hausordnung und Rauchverbot (HG 2)

Grundlegend für die Einhaltung der Hausordnung seitens der Patienten ist das Unterschreiben des Freiwilligenscheins. Darüber hinaus lassen sich Widerstände gegen die Hausordnung oder ein eventuelles Rauchverbot oft in einem erklärenden Gespräch mit den Patienten aus dem Weg räumen und Verständnisfragen können geklärt werden.

Rückzugsmöglichkeit, Einbettzimmer und Fernseher (HG 3)

Es ist wichtig, dem Patienten Rückzugsmöglichkeiten zu bieten, um das Gefangenschaftsgefühl zu reduzieren. In Mehrbettzimmern ist keine wirkliche Rückzugsmöglichkeit gegeben, auf der anderen Seite kann eine Unterbringung in Einzelzimmern sowie die Ausstattung der Räume mit einem Fernseher bei bestimmten Patienten zu einer unerwünschten Isolierung führen.

Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4)

Die Erwartungen des Kunden (= Patienten) sind, im Unterschied zur Somatik, häufig durch begrenztes Personal (Pflege und Arzt) nicht realisierbar. Hier helfen eine realistische Zielsetzung und erklärende Gespräche zur Lösungsfindung. Die Qualität der psychologischen Betreuung hängt zudem von der sozialen Beziehung zwischen Patient und Personal ab.

Wichtig für Patienten (HG 5)

Wichtig für die Patienten ist das Ernstnehmen ihrer Person, die Information und Erklären über Medikamente, Ablauf, Krankheit etc., die Wertschätzung ihrer Person, die Mitbestimmung, das Eingehen auf ihre Bedürfnisse, Ruhe, eine Kontinuität des Personals (Arzt und Pflege), das Essen - wenn möglich mit Auswahlmöglichkeiten (Eintönigkeit würde zu Unzufriedenheit führen) - sowie paramedizinische Dienste wie Physio- und Ergotherapien.

Zeit für Patienten, Gespräche, Alltagskontakte, Freundlichkeit und Ernstnehmen (HG 6)

Die Patienten wünschen, dass man in der Psychiatrie viel Zeit für sie hat und man als Anlaufstelle für Gespräche, die alltägliche Kontakte und Austausch garantieren, wirkt. Es ist ihnen wichtig, dass man mit ihnen einen Behandlungsplan erarbeitet, sie freundlich behandelt und ernstnimmt, anstatt sie zu bevormunden. Das Personal zeigt (im Regelfall) Respekt und Wertschätzung im Umgang mit den Patienten und unterstützt sie.

Reklamationen, Unzufriedenheit verbalisieren und Verbesserungen (HG 7)

Unzufriedenheit kann der Patient im Gespräch mit dem Arzt oder dem Personal, durch Patientenbefragungen oder durch Reklamation bei einer speziellen Kommission verbalisieren, wobei durchaus Verbesserungen erreicht werden können, vor allem durch konstruktive Vorschläge. Man muss allerdings zwischen einer echten Reklamation und Verbalisierung krankhafter Unzufriedenheit unterscheiden.

Medikamente und Information (HG 8)

Im Hinblick auf die Medikamente sollte über Wirkungen und Nebenwirkungen viel Aufklärung betrieben werden. Auf Anfrage erhält jeder Patient im Allgemeinen die nötigen Informationen. Das Informieren, die Verständlichkeit und das Einräumen einer Entscheidungsfreiheit durch Anbietung von Alternativen fördern zudem die Kooperation des Patienten.

Selbstständigkeit des Patienten und Kontrolle Medikamenteneinnahme (HG 9)

Es ist gut, dass die Patienten in einem strukturierten Tagesablauf zur Selbstständigkeit angehalten werden, mit Ausnahme der Medikamentengabe. Hier sollte die Gewährung der Selbstständigkeit mit einer gewissen Kontrolle gepaart sein.

Psychiatrie, Ernstnehmen, Somatik und Zufriedenheit (HG 10)

Auf der Psychiatrie sollten die Patienten ebenso informiert, akzeptiert und ihre Bedürfnisse ernstgenommen werden wie auf der Somatik. Geht man auf ihre Bedürfnisse ein und gewährt ihnen Mitbestimmung, so steigt ihre Zufriedenheit. Die Psychiatrie unterscheidet sich in einigen Belangen von der Somatik, so ist z.B. der Kritikanteil (Patientenbefragungen) im Allgemeinen höher als bei Patienten der somatischen Kliniken.

(Anmerkung: Dies widerspricht eklatant den Forschungsstudien der Patientenbefragung in Psychiatrien, die durchgängig ein sehr positives Bild zeigen. Siehe dazu Pkt. 3.3 Studien zur Patientenzufriedenheitsmessung).

Gespräch mit Arzt, Aufklärung Medikamente, Früherkennung und Krisenplan Rückfall (HG 11)

Im Gespräch mit dem Arzt erhält der Patient Aufklärung und Information über seine Medikamente. Die Aufklärung schliesst auch Themen wie Früherkennung und Krisenpläne für Rückfälle ein, die gerade bei Krankheiten mit phasischem Verlauf und bei alkoholabhängigen Patienten immer wieder vorkommen. Diese Information gibt gerade bei Patienten im Entzug (und bei diesen vor allem in der Anfangsphase) ein Gefühl der Sicherheit.

5.6.3 Ergebnisse der Kurzfragebögen

Neben den Interviewdaten wurden soziodemografische und medizinische Daten (bei Patienten) sowie berufliche Daten (bei den Berufsgruppen) anhand von sechs Kurzfragebögenversionen erfasst. Bezüglich der Fragebildung in den Kurzfragebögen und detaillierteren Ausführungen sei auf Pkt. 5.3.2.1 Kurzfragebogen in vorliegender Arbeit verwiesen.

In der folgenden Auflistung der Daten wurde zwischen den Daten der Berufsgruppen und den Daten der psychiatrischen Patienten unterschieden.

Die Anzahl der Interviewten in den Berufsgruppen betrug zwölf Personen, wobei zwei Interviewteilnehmer (zwei Qualitätsbeauftragte / Pflegepersonen) ihren Kurzfragebogen nicht retournierten und ein Interviewteilnehmer (Experte) ihn aus Zeitmangel nicht ausfüllte.

Somit ergaben sich *insgesamt neun ausgefüllte Kurzfragebögen der Berufsgruppen* (Tab. 1).

Tab. 1 Daten der Berufsgruppen und Daten des Spitals aus den Kurzfragebögen

IP	Geschlecht	Art/Ort des Interviews	Beruf	Berufserfahrung Durchschnitt Φ	Lehrtätigkeit Publikationen	Bereiche der Klinik	Schwerpunkt der Tätigkeit	Anzahl Betten	Betreuung* Durchschnitt	Zeit/Patient* Durchschnitt
1	m	EZ/A	P1 E	> 15	ja/ja	4, 5, 6, 7	6, 11, 12, 13	83	-	-
2	m	EZ/CH	P2 E	> 15	ja/ja	8	2-5, 8, 13	300	-	-
3	m	EZ/A	P1 E	> 15	ja/ja	1, 2	1, 3, 5, 10, 11	140	-	-
4	w	GI/CH	PER-Q	> 15	-	1, 4	11	15-18	> 100	9/15-18
5	m	GI/CH	PER-Q	> 15	-	1-7	13	270	50-100	8/15
6	m	EZ/CH	P2 E	> 15	ja/ja	1-7	5, 7, 12, 14	ca. 380	-	-
7	w	EZ/A	MAN	> 15	-	k.A.	k.A.	300	-	-
8	w	EZ/A	PER	> 15	-	4, 5, 7	11, 12	50	> 100	7-8/50
9	m	EZ/A	PER	11-15	-	1-4	1-7, 11-13	29	> 100	8/3

Anmerkung: Drei Interviewpartner füllten den Kurzfragebogen nicht aus.

Legende

k.A. keine Angabe

IP Interviewpartner, die Nummerierung der Interviewpartner spiegelt keine Reihenfolge wider, sondern ist zufällig.

Geschlecht m = männlich; w = weiblich

Art/Ort des Interviews *Ad Art.* EI = Einzelinterview; GI = Gruppeninterview. *Ad Ort.* A = Österreich; CH = Schweiz

Beruf P1 E = Psychiater (Experte); P2 E = Psychologe (Experte); MAN = Manager; PER = Personal (Krankenschwester oder Krankenpfleger); PER-Q = Personal/Qualitätsbeauftragter

Berufserfahrung in Jahren

Lehrtätigkeit wurde mit „Publikationen“ (bei Experten) der Einfachheit halber zusammengefasst (da oftmals implizierend)

Bereiche d. Klinik³⁵ 1 = Akutpsychiatrie; 2 = Allgemeine Psychiatrie; 3 = Gerontopsychiatrie; 4 = Suchtprogramme; 5 = Psychotherapie;

³⁵ Detailliertere Ausführungen zu den Bereichen: siehe Kurzfragebogen Experte, Anhang A 2.

6 = Forensische Dienste; 7 = stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste; 8 = andere Bereiche

Schwerpunkt d. Tätigkeit 1 = Akutpsychiatrie; 2 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; 3 = affektive Störungen; 4 = organische Störungen; 5 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; 6 = Psychosomatik, Neurosen; 7 = Rehabilitationspsychiatrie; 8 = Gerontopsychiatrie; 9 = Kinder- und Jugendpsychiatrie; 10 = Sozialpsychiatrie; 11 = Suchtprogramme; 12 = Psychotherapie; 13 = Forensisches Gebiet; 14 = anderes Gebiet

* gilt nur für das Personal. Betreuung bezeichnet die durchschnittliche jährliche Betreuungskapazität an Patienten; Zeit bezeichnet die täglichen Stunden mit durchschnittlichen x Patienten, dargestellt mit Schrägstrich (z.B. 5/4: fünf Stunden täglich mit durchschnittlich vier Patienten).

Auffällig in den Kurzfragebögen ist die Dominanz des männlichen Geschlechts bei den Interviewpartnern. Es haben sich nurmehr drei Frauen als Interviewpartnerinnen zur Verfügung gestellt (die drei „missings“, also nicht ausgefüllten Kurzfragebögen, betreffen ebenfalls männliche Interviewpartner). Bei meiner Anfrage um eine Interviewmöglichkeit an die (damals noch potenziellen) Interviewteilnehmer wurde keine Gewichtung einem Geschlecht gegenüber gegeben.

Der Grund für die Unterrepräsentation des weiblichen Geschlechts in den Berufsbereichen Management und Experten (Psychiater, Psychologen) könnte sein, dass Frauen nach wie vor traditionellerweise den Beruf der Pflegeperson ausüben: Von den interviewten vier Pflegepersonen waren zwei weiblichen Geschlechts; in den übrigen Berufsgruppen (Experten, Qualitätsbeauftragter) findet sich nurmehr eine Frau (als Managerin). Höhere Positionen sind mehrheitlich durch Männer „besetzt“. Dieser Trend überrascht jedoch nicht, befinden sich doch nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern auch in der Wirtschaft höhere Positionen (in der Schweiz auch als „Kaderpositionen“ bezeichnet) meist in Männerhand. Ein Grund, weswegen bei bestimmten Stellengesuchen weibliche Bewerber bevorzugt behandelt werden.

Auffallend ist zudem die starke Präsenz von praxiserprobten Teilnehmern. Obwohl als Auswahlkriterium für die Teilnehmer eine Mindestpraxis von fünf Jahren gefordert wurde, konnten bis auf eine Person alle Interviewten auf eine Berufspraxis von über 15 Jahre zurückblicken. Dies stellt besonders im psychiatrischen Bereich eher eine Seltenheit dar, da die Fluktuationsrate im Gesundheitsbereich prinzipiell sehr hoch ist, speziell in diesem (psychiatrischen) Bereich. Es scheint fast, als ob die in der Psychiatrie Tätigen eine „magische Grenze“ von fünf Jahren Praxis „überstehen“ müssen, um im psychiatrischen Bereich im Beruf Beständigkeit zu erreichen. Diese Hypothese wurde oftmals von den Interviewpartnern geäußert, stellt jedoch für diese Arbeit keine Relevanz dar und bedürfte einer weiteren Abklärung.

Die Bereiche der psychiatrischen Kliniken bzw. Schwerpunkte der Tätigkeit der Interviewpartner sind breit gefächert und zeigen keine Auffälligkeiten. Die breite Fächerung trägt ihrerseits wiederum einen positiven Beitrag zum Untersuchungsgegenstand insofern bei, als dass sich der Fragebogen auf die verschiedensten Krankheitsformen von psychiatrischen Patienten, erkennbar durch die verschiedensten Bereiche in der Klinik, beziehen soll, was somit auch gewährleistet wurde.

Die jährliche Betreuung ist bei den interviewten Pflegepersonen ungefähr gleich (ca. 100 Patienten/Jahr), die Anzahl der durchschnittlichen Betreuungsstunden pro Tag und Anzahl der betreuten Patienten jedoch stark variierend: So betreut eine Pflegeperson 50 Patienten pro Tag, während eine andere täglich drei Patienten behandelt. Diese Diskrepanz ist erklärbar, wenn man sich die Tätigkeitsbereiche der Pflegepersonen anschaut: So betreut letztere Pflegeperson zwar „nur“ drei Patienten, die Bereiche sind jedoch so vielfältig, dass *sehr stark auf die einzelnen Patienten* eingegangen werden muss. Die Pflegeperson mit 50 Patienten arbeitet in einer Suchtanstalt, in der die Patienten einen straff strukturierten Tagesplan befolgen und zur Selbstständigkeit angehalten werden. Dementsprechend kann die Pflegeperson mehrere Patienten betreuen.

Interessant wäre eine Befragung der Experten bezüglich ihres täglichen Zeit- und Betreuungsaufwandes hinsichtlich der von ihnen betreuten Patienten gewesen, was ich leider verabsäumt habe und somit als Verbesserungsvorschlag am Kurzfragebogen für Experten anmerke.

Die nun folgende Tabelle (Tab. 2) stellt die Daten der interviewten Patienten dar. Insgesamt ergaben sich zwei Gruppeninterviews, jeweils in einer der beiden teilnehmenden Spitälern. An der PUK Innsbruck nahmen fünf Patienten am Interview teil, an der PUK Basel sechs Patienten. Alle Patienten erfüllten die Auswahlkriterien (siehe Pkt. 5.3.1.1 Auswahlkriterien im qualitativen Teil) und beantworteten den Kurzfragebogen.

Somit ergaben sich *elf ausgefüllte Kurzfragebögen von psychiatrischen Patienten* (Tab. 2).

Tab. 2 Daten der psychiatrischen Patienten (Kurzfragebogen/Gruppeninterview)

IP	Geschlecht	Spital	Alter	Diagnose	Dauer des stationären Aufenthaltes	Eintritt in den letzten 6 Monate	Aufenthalt in einer geschlossenen Station	Kontakt mit Mitpatient
1	m	lbk	63	2	4	1	k.A.	1
2	m	lbk	47	2	4	1	2	2
3	w	lbk	49	2	4	2	1	3
4	w	lbk	47	2	4	1	1	1
5	w	lbk	26	1, 2	4	2	2	3
6	w	Basel	40	4, 6	2	1	2	3
7	m	Basel	49	6	4	1	1	3
8	w	Basel	37	6	4	1	2	3
9	w	Basel	22	1, 6	4	1	2	3
10	m	Basel	45	6	4	1	1	3
11	m	Basel	48	6	4	1	2	3

Legende:

k.A..... keine Angabe

IP Interviewpartner, die Nummerierung der Interviewpartner spiegelt keine Reihenfolge wider, sondern ist zufällig.

Geschlecht..... m = männlich; w = weiblich

Spital..... lbk = PUK Innsbruck; Basel = PUK Basel

Alter in Jahren

Diagnose..... 1 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; 2 = affektive Störungen; 3 = organische Störungen; 4 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; 5 = Psychosomatik, Neurosen; 6 = Suchtproblematik; 7 = Sexualstörungen; 8 = altersspezifische Störungen (Demenz etc.); 9 = anderes

Dauer stat. Aufenthalt..... 1 = 0-5 Tage; 2 = 6-14 Tage; 3 = 15-21 Tage; 4 = mehr als 3 Wochen

Eintritt in den letzten 6 Mo 1 = einmal [in das psychiatrische Spital eingetreten]*; 2 = mehr als einmal [in das psychiatrische Spital eingetreten]

Aufenthalt in geschl. S. 1 = ja [Ich war noch nie auf einer geschlossenen Station]; 2 = nein [Ich war schon einmal auf einer geschlossenen Station]

Kontakt mit Mitpatienten 1 = 1-4 Stunden; 2 = 5-7 Stunden; 3 = den ganzen Tag

*In den eckigen Klammern stehen Ergänzungen zum besseren Verständnis der Antwortmöglichkeiten.

Beide Gruppeninterviews zusammenfassend, kann man Folgendes anmerken:

Es lässt sich eine gleichmässige Verteilung der Geschlechter feststellen: Sechs Frauen zu fünf Männern entsprechen einem Prozentsatz von 54 zu 45, was durchaus im Bereich der Akzeptanz bezüglich gleichförmiger Geschlechterverteilung liegt.

Das Alter der Interviewteilnehmer liegt eher über 40 Jahren; der Mittelwert beträgt genau 43 Jahre. So genannte „Ausreisser“ bilden der älteste Teilnehmer mit 63 Jahren und zwei junge Frauen im Alter von 26 bzw. 22 Jahren. Die 22-jährige Frau stellt den jüngsten Teilnehmer dar. Auffallend ist, dass vor allem im Suchtbereich eher „ältere“ Patienten gefunden worden sind. Die Theorie spricht dennoch von immer jünger werdendem Klientel im Suchtbereich (v.a. durch Modedrogen wie Ecstasy etc.). Dies ist speziell in Städten wie Basel oder Innsbruck der Fall, in denen die Gruppeninterviews stattfanden. Gründe hierfür können sein, dass jüngeres Klientel nicht motiviert war, an der Untersuchung bzw. am Gruppeninterview teilzunehmen, oder es Zufall war, dass hauptsächlich Teilnehmer ab 40 Jahren vorzufinden waren.

Obwohl das Auswahlkriterium für die psychiatrischen Patienten des Gruppeninterviews bezüglich der Diagnose nicht definiert war, d.h. im Idealfall alle psychiatrischen Störungen (siehe Kurzfragebogen Patient) repräsentativ vertreten sein sollten, ergab es sich nun einmal in der Praxis, dass sich nurmehr zwei Stationen mit *bestimmten psychiatrischen Störungen* für eine Interviewteilnahme bereit erklären konnten. Es waren dies die Station der affektiven Störungen auf der PUK Innsbruck sowie die Suchtstation der PUK Basel.

Dies erklärt auch, weshalb nur diese beiden Störungsformen in der Diagnose vorkommen. Da jedoch einzelne Teilnehmer ebenso an anderen Störungen wie beispielsweise Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die zudem mit affektiven Störungen verbunden sind, leiden, kann diese Stichprobe bezüglich Diagnostik zwar nicht als repräsentativ gelten, jedoch einen grossen Anteil an psychiatrischen Krankheitsformen „abdecken“. Zudem wurden in der *Pilotstudie* eine Vollerhebung durchgeführt, d.h. wurden Patienten aller Diagnosegruppen befragt³⁶.

³⁶ Im Gegensatz zu einigen Studien wie Elbeck (1992), in der nur Patienten mit Schizophrenie für die Entwicklung eines Messinstrumentes zur Zufriedenheit befragt wurden.

Der Eintritt in den letzten sechs Monaten bei nur zwei Patienten ist nicht auffällig. Aufgrund der wachsenden Gewichtung von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen ist die Nachversorgung oftmals optimal geregelt und der stationäre Bereich der Psychiatrien wird nurmehr für Krisen und/oder freiwillig in Anspruch genommen.

Auffallend ist jedoch der hohe Anteil an Patienten, die bereits in einer geschlossenen Station waren. Hierbei handelt es sich um mehr als die Hälfte der Interviewteilnehmer (sechs Patienten, 54 %). Erklärbar könnte es durch den vorher erwähnten Trend sein, oftmals erst im Krisenfall das psychiatrische Spital aufzusuchen. Zudem wird im Normalfall ein körperlicher Entzug bei Suchtkrankheiten in Psychiatrien ebenfalls in geschlossenen Stationen durchgeführt.

Der ganztägliche Kontakt mit den Mitpatienten überrascht nicht: Bei stationären Behandlungen kann es durchaus sein, dass - ob der Patient es möchte oder auch nicht - ein Kontakt zu Mitpatienten auf derselben Station während des gesamten Tages stattfindet. Die Patienten sind angehalten, sich auf der Station aufzuhalten, mit Ausnahme der Therapie-terminen oder besonderen Ausgangsregelungen.

Die Frage nach dem täglichen Kontakt mit den Mitpatienten wurde aufgrund der Studie von Elbeck (1992) in den Kurzfragebogen aufgenommen. Der Autor liess 40 Patienten 50 Items beurteilen, die sich durch Interviews ergeben haben. Bezüglich des Aspektes zwischenmenschliche Beziehung waren zwei Items hervorstechend: Einerseits das Item „Ich hätte gerne mehr Freundschaft zum Personal geschlossen“, andererseits das Item „Ich hätte gerne Freundschaft mit den Mitpatienten geschlossen“. Es wurde ein entsprechendes Item in den Evaluationsfragebogen aufgenommen.

5.6.4 Ergebnisse der Postskripten

Grundsätzlich gab es keine Besonderheiten bei der Kontaktaufnahme und in der Vorbereitung oder Verabschiedung der Interviewteilnehmer. Wie in meiner früheren Studie (Plank, 2000) bereits auffallend war, wiederholte sich hier bei fast jedem Interviewpartner Folgendes: die dem Interview vorher gehende Feststellung, dass er/sie „gar nicht weiss, was ich Ihnen erzählen soll“. Ausnahme bildeten die Gruppe der Experten, wahrscheinlich bedingt durch ihre - teilweise langjährige - Interviewerfahrung.

Die Gespräche mit den Interviewpartner füllten den vorgegebenen Zeitrahmen vollständig aus; drei der zwölf Interviews benötigten sogar je eineinhalb Stunden anstatt der angegebenen einen Stunde. Es gab kaum Redepausen, auf jede Frage der Interviewleiterin wurde bereitwillig eingegangen.

Keiner der Interviewteilnehmer zeigte eine besondere Mimik oder Gestik hinsichtlich bestimmter Passagen oder während des Gespräches. Auffallend war jedoch eine Unterschiedlichkeit (in Mimik und Gestik) hinsichtlich der interviewten Gruppen, d.s. sowohl Berufs- als auch Patientengruppen: So liessen die Experten während des gesamten Interviews kaum Mimik oder Gestik erkennen. Auf niedere Patientenzufriedenheitswerte hingewiesen, verfielen fast alle Experten, hier v.a. diejenigen, die Spitalleitungsfunktionen innehaben, in eine Art Abwehr- und Verteidigungshaltung mir gegenüber. Oftmals wurde die Thematik dann auch im grösseren politischen Rahmen gesehen, was zwar sehr interessant war, jedoch am ursprünglichen Thema vorbeizielte, weshalb ich oftmals im Interview das Augenmerk wieder auf das ursprüngliche Thema lenken musste.

Hinsichtlich Gestik und Mimik bezüglich der Berufsgruppe Personal zeigte sich, dass sich die Interviewten sehr authentisch verhielten. Einzig eine Person war eher verhalten, was jedoch an der - leider missverständlichen - Interviewterminverschiebung meinerseits gelegen haben könnte. Ein Blumenstrauss als Entschuldigung trug dann auch zu einer besseren Gesprächsatmosphäre bei.

Die Patientengruppe war in Mimik und Gestik ebenfalls authentisch mit Ausnahme von drei Patienten. Ein Patient zeigte während des Gruppeninterviews manische Züge, die von mir als Interviewleiterin in Grenzen gehalten werden mussten. So versuchte sich der Patient andauernd mitzuteilen, auch wenn andere Patienten redeten. Nachdem ich ihm die Möglichkeit eingeräumt hatte, zu jeder Frage seine Stellungnahme ausführlichst abzugeben und danach still zu sein, bis er wieder an die „Reihe“ kommt, akzeptierte er diesen Vorschlag. Obwohl er noch einige Male während Erzählungen der anderen Teilnehmern dazwischenredete, verstummte er nach meiner Erinnerung an unseren „Deal“. Einmal verliess er für eine Rauchpause für ca. zehn Minuten den Raum. Seine „Dankbarkeit für das Interview“ zeigte er mir, indem er mir nach dem Interview drei von ihm gemalte Bilder schenkte.

Die zweite Ausnahme bildete ein Patient, der sehr abwesend erschien. Ihn musste ich oftmals ermuntern und direkt ansprechen, um ihn am Geschehen zu beteiligen. Er verhielt sich in seinen Äusserungen sehr unkritisch, nahm eigentlich alles an und sass apathisch da. Ein Grund für sein Verhalten könnten meiner Meinung nach Wirkungen bzw. Nebenwirkungen

der eingenommenen Medikamente und/oder seine Erkrankung sein. Es handelte sich um einen schwer depressiven Patienten.

Ebenso passiv verhielt sich der dritte Patient. Im Unterschied zu vorher verhielt er sich nicht apathisch, sondern hatte schlicht und einfach keine Lust, einen Beitrag zu leisten. Obwohl die Teilnahme am Gruppeninterview freiwillig war, war seine Motivation sehr gering; auf meine Fragen antwortete er in kurzen, stichwortartigen Sätzen.

Die Gesprächsatmosphäre empfand ich bei allen Interviewten als sehr gut und ausserordentlich hilfreich. Oftmals bekundeten die Interviewten ein weiteres Interesse an der Studie und baten mich, sie über die Ergebnisse zu informieren. Bereitwillig nahmen sich alle Teilnehmer für das Interview bis zu eineinhalb Stunden Zeit. Die Beteiligten waren sehr konzentriert und liessen sich nicht durch Unterbrechungen (wie beispielsweise zufälliges Hereinkommen einer anderen Person) ablenken. Die Sinnhaftigkeit meiner Studie wurde oft betont, ebenso wie deren Notwendigkeit.

Dementsprechend positiv waren die Einstellungen der Interviewpartner mir gegenüber.

„Sonstige Anmerkungen“ habe ich keine vermerkt.

Im Allgemeinen bestätigte sich bei den Teilnehmer wiederum das positive Echo, welches ich in meiner Abschlussarbeit an der Universität erfahren habe (ich führte zehn Interviews mit Müttern durch). Was mich besonders berührte, waren die Gruppeninterviews mit den Patienten. Entgegen dem Vorurteil, nurmehr apathische und „irre“ Menschen in Psychiatrien zu finden, war ich erstaunt über die Konzentriertheit, die Bewusstheit über die Krankheit und die Aussagekraft der Patienten. Die Erfahrung einer Patientin hat mich besonders betroffen gemacht: Die Frau mit manisch-depressivem Krankheitsbild musste zu einer medizinischen Untersuchung in die Klinik. Ihre Aussage dazu lautete wie folgt:

Ich habe wegen den Beschwerden, die ich gehabt habe, auf die Innere [Medizin] müssen. Da hat die Schwester zu der Ärztin gesagt ‚Die ist dann von der Psychiatrie‘. Das war so demütigend, ich musste wirklich weinen. So sehr abwertend. Nein, das [Respekt und Würde] habe ich nicht erfahren. (Karteikarte Lg)

Psychiatrische Patienten sind Menschen, die nicht körperlich, sondern seelisch krank sind und die die Hilfe der Gesellschaft genauso benötigen wie Patienten mit Beinbruch. Sie haben genauso ein Recht auf Respekt und Würde in ihrer Störung wie Patienten mit körperlichen

Beschwerden und dürfen nicht als „komplett meschugge im Hirn“ (Karteikarte Lf) stigmatisiert werden, wie ein Patient im Interview bemerkte. Wertschätzung und Respekt gebührt jedem Lebewesen, egal ob gesund oder krank.

6 Der Fragebogen-Entwurf

Aus Gründen der Einfachheit, der Verständlichkeit, der Übersichtlichkeit und der Relevanz wird auf die HERLEITUNG DER EINZELNEN ITEMS erst im Pilot-Fragebogen (Pkt. 8 Der Pilot-Fragebogen) eingegangen.

Der *Fragebogen-Entwurf* befindet sich im **Anhang A 8**. Aufgrund des Forschungsstandes und der qualitativen Ergebnisse wurden *99 potenzielle Items gebildet. Diese ergeben den Fragebogen-Entwurf.*

Durch die *Evaluation* des Fragebogen-Entwurfes verringerte sich die Anzahl von 99 Items auf 81 Items, im Pilot-Fragebogen findet sich dann die um die soziodemografische und medizinische Daten erhöhte Version von 89 Items (für die Spitäler) und 91 Items (für die Selbsthilfeorganisationen).

Die Ergebnisse der Evaluation wird im folgenden Punkt behandelt. Die Items sind explizit unter Pkt. 6.2.1 Ausführungen zu den evaluierten Items aufgeführt.

6.1 Durchführung der Evaluation

Ein Fragebogen-Entwurf mit den 99 potenziellen Items wurde von Experten, dem Personal und Laien begutachtet. Gemäss der Studie von Kolb et al. (2000) evaluierte jedes Panelmitglied (= Mitglieder der Evaluationsrunde) die 99 möglichen Items hinsichtlich folgender *vier Bewertungsbereiche* bzw. -fragen:

- Bereich *Wichtigkeit*: Ist es Ihrer Meinung nach wichtig, dieses Item zu stellen?
- Bereich *Verständlichkeit*: Ist das Item klar und verständlich?
- Bereich *Praxisrelevanz*: Können aufgrund der Antworten auf dieses Item Umsetzungsmassnahmen eingeleitet werden, d.h. besitzt das Item eine Praxisrelevanz?
- Bereich *Anwendbarkeit*: Kann das Item auf den Stationärbereich und/oder auf den Ambulanzbereich angewendet werden?

Items, welche von 15 % oder mehr Panelteilnehmern mit „Nein“ auf dem individuellen Item-level beurteilt wurden, wurden aus dem Fragenpool ausgeschieden. Somit ergab sich ein gesichteter Test-Fragebogen von 99 Items, welcher nochmals von zwei Patientengruppen (PUK Innsbruck) getestet wurde.

Die Beurteilung von stationärem und ambulantem Anwendungsbereich liefert zudem noch wertvolle Information für einen gegebenenfalls zu entwickelnden Fragebogen für *ambulante psychiatrische Patienten*, was jedoch nicht Ziel vorliegender Studie ist, sondern aufgrund der Praxisrelevanz wahrscheinlich in naher Zukunft realisiert wird.

Die Panelmitglieder wurden aufgrund ihrer Zustimmung im Kurzfragebogen zur Teilnahme an einer Evaluationsrunde des Fragebogen-Entwurfes (Frage: „Ich bin gerne bereit, den Pilot-Fragebogen in einer Vorstufe zu sichten.“ mit den Antwortmöglichkeiten Ja/Nein.) schriftlich kontaktiert.

Die Sichtung beinhaltete die Überprüfung der Items des Fragebogens hinsichtlich der vier Bewertungsbereiche. Die vier Bewertungsbereiche wurden als DIN A5-Blatt zur Gedächtnisstütze beigelegt. Das Format DIN A5 sollte die Handhabung bei der Evaluation erleichtern. Ebenso wurde eine farbig gestaltete Itemliste beigelegt, auf der die Items des Fragebogens nach den vier Bereichen überprüft werden.

Die Teilnehmer konnten die Items in einer aufsteigenden Reihenfolge (Zeilen) bezüglich der vier Bewertungsbereiche (Spalten) beurteilen resp. ankreuzen. Für eine besser Übersicht wurde die Itemliste je nach Bewertungsbereich mit einer anderen Farbe gekennzeichnet.

Ergänzungen sowie Korrekturen konnten entweder direkt auf dem Fragebogen angebracht werden oder auf der letzten Seite der Itemliste. Zudem wurde auf die Bedeutung der subjektiven Sichtweise bzw. auf das Fehlen einer Bewertung ihrer Beurteilungen mit den Sätzen „Beachten Sie, dass es beim Ankreuzen kein Richtig oder Falsch gibt. Was für mich zählt, ist einzig und allein Ihre Meinung.“ ausdrücklich hingewiesen.

Mittels ebenfalls beigelegtem und bereits an die Doktorandin adressierten und frankierten Kuvert wurde der Fragebogen-Entwurf und die Itemliste retourniert. In zwei Fällen (Laienbefragung) konnte die ausgefüllte Liste und der Fragebogen-Entwurf direkt abgegeben bzw. abgeholt werden. Da der Arbeitsaufwand für die Bewertung der 99 Items eher zeitintensiv war (insgesamt eine Stunde Aufwand), wurde der Zeitrahmen für die Zurücksendung mit ca.

zehn Wochen sehr grosszügig festgelegt. Es musste dennoch beim Grossteil der Teilnehmer bis zu dreimal an die Zurücksendung der Unterlagen erinnert werden, meist telefonisch, aber auch persönlich (bei drei Teilnehmern).

6.1.1 Beschreibung der Evaluationsteilnehmer

Da alle zwölf Personen der verschiedenen Berufsgruppen (Experten, Personal, Management) bei meinem Interview einer Sichtung des Fragebogen-Entwurfes zugestimmt haben, wurde der Fragebogen-Entwurf mit der Itemliste, dem Blatt über die vier Bewertungsbereiche und einem Begleitschreiben an sie gesandt. Zusätzlich wurden zwei Laien (m, 29; w, 35) in die Evaluation einbezogen, dies v.a. um die Verständlichkeit der Items zu überprüfen. Es wurde besonders Wert darauf gelegt, dass es sich bei den Laien um Personen handelte, die keinerlei Erfahrung im Psychatriebereich hatten und dementsprechend eine Beurteilung aus einer vollkommen anderer Perspektive abgeben konnten.

Zudem wurden noch zwei Psychiatriepflegepersonen, der Leiter (und Selbst-Psychiatrie-Erfahrene) des österreichischen Vereins Omnibus sowie zwei Diplompsychologen der schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana und vier Psychiatrie-Selbstbetroffene und Kontaktpersonen des Psychose-Seminars in die Evaluation einbezogen. Die Evaluationsteilnehmer sind im Pkt. 6.1.1 Beschreibung der Evaluationsteilnehmer ausführlich beschrieben.

Insgesamt retournierten von den 25 kontaktierten Personen 22 Teilnehmer die Evaluationsunterlagen. Die Zusendung der Bewertungsunterlagen von drei Teilnehmern fand jedoch zu spät statt, d.h. nach den fixierten Testinterviews mit psychiatrischen Patienten an der PUK Innsbruck. Der Grund hierfür liegt darin, dass sich die Kontaktaufnahme mit diesen Teilnehmern sehr kurzfristig (ca. zwei Wochen vor dem Testinterview) ergab.

Drei Teilnehmer der Evaluationsrunde retournierten die Sichtungsunterlagen trotz mündlicher und/oder schriftlicher Erinnerung nicht.

Es ergaben sich somit 19 auswertbare Bewertungen des Evaluationsfragebogens. Die 19 Panelmitglieder, die in die Evaluationsrunde aufgenommen wurden, werden in den folgenden drei Tabellen (Tab. 3 bis Tab. 5) beschrieben. Die Teilnehmer stammen aus psychiatrischen Kliniken in Österreich oder der Schweiz; die Aufteilung bezüglich der Staatsangehörigkeit erfolgte ungefähr gleichmässig (zehn Teilnehmer aus Österreich, neun Teilnehmer aus der Schweiz).

Die 19 Evaluationsteilnehmer setzen sich folgendermassen zusammen:

1. Zehn Interviewteilnehmer aus der qualitativen Phase (Tab. 3)

Es handelt sich hierbei um die Interviewpartner 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 in der vorliegenden Untersuchung und um zwei weitere Interviewpartner aus der qualitativen Phase. Diese zwei letztgenannten - ein Qualitätsbeauftragter/Pflegeperson und ein Experte (Psychiater) – retournierten zwar den von mir im Interview übergebenen Kurzfragebogen nicht und wurden dementsprechend nicht in die Tabelle mit den Ergebnissen der Kurzfragebögen aufgenommen, sie nahmen jedoch sowohl am Interview als auch an der Evaluation teil. Die Daten der Interviewpartner 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 stammen aus der Tab. 1 auf S. 151:

Tab. 3 Daten von acht der 19 Evaluationsteilnehmer

IP und ET	Geschlecht	Beruf	Berufserfahrung Durchschnitt Φ	Bereiche der Klinik/Ort	Schwerpunkt der Tätigkeit
1	m	P1 E	> 15	4, 5, 6, 7 / A	6, 11, 12, 13
2	m	P2 E	> 15	8 / CH	2-5, 8, 13
4	w	PER-Q	> 15	1, 4 / CH	11
5	m	PER-Q	> 15	1-7 / CH	13
6	m	P2 E	> 15	1-7 / CH	5, 7, 12, 14
7	w	MAN	> 15	k.A. / A	k.A.
8	w	PER	> 15	4, 5, 7 / A	11, 12
9	m	PER	11-15	1-4 / A	1-7, 11-13

Anmerkung: Zwei Evaluationsteilnehmer retournierten den Kurzfragebogen nicht.

Legende:

k.A. keine Angabe

IP und ET Interviewpartner und Evaluationsteilnehmer. Die Nummerierung der Evaluationspartner wurde aus Tabelle 1 übernommen.

Geschlecht m = männlich; w = weiblich.

Beruf P1 E = Psychiater (Experte); P2 E = Psychologe (Experte); MAN = Manager; PER = Personal (Krankenschwester oder Krankenpfleger), PER-Q = Personal/Qualitätsbeauftragter

Berufserfahrung in Jahren

Bereiche d. Klinik/Ort 1 = Akutpsychiatrie; 2 = allgemeine Psychiatrie; 3 = Gerontopsychiatrie; 4 = Suchtprogramme; 5 = Psychotherapie; 6 = forensische Dienste; 7 = stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste; 8 = andere Bereiche.

Ad Ort: A = Österreich; CH = Schweiz

Schwerpunkt d. Tätigkeit 1 = Akutpsychiatrie; 2 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, 3 = affektive Störungen, 4 = organische Störungen; 5 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; 6 = Psychosomatik, Neurosen; 7 = Rehabilitationspsychiatrie; 8 = Gerontopsychiatrie; 9 = Kinder- und Jugendpsychiatrie; 10 = Sozialpsychiatrie; 11 = Suchtprogramme; 12 = Psychotherapie; 13 = forensisches Gebiet; 14 = anderes Gebiet

2. Neun zusätzliche Evaluationsteilnehmer (Tab. 4, Tab. 5)

Drei Pflegepersonen in psychiatrischen Institutionen; ein Leiter einer Psychiatrie-Selbsthilfegruppe und des Vereins psychiatrischer Interessensvertretung (zugleich auch Selbstbetroffener); zwei Laien sowie drei Selbstbetroffene wurden noch zusätzlich zu den bereits interviewten Personen befragt.

Folgende Tabellen (Tab. 4, Tab. 5) illustrieren die soziodemografischen Daten der neun Evaluationsteilnehmer. Es wurde für die Gruppe des Personals (drei Personen) und die Gruppe der Selbstbetroffenen (vier Personen) aufgrund der unterschiedlich abgefragten Daten jeweils eine separate Tabelle erstellt. Die zwei Personen der Laiengruppe wurden - der Einfachheit halber - der Gruppe der Selbstbetroffenen zugeordnet.

Wie aus beiden Tabellen ersichtlich, ist sowohl hinsichtlich des Personals als auch hinsichtlich der Selbstbetroffenen und Laien eine breite Fächerung bezüglich der abgefragten Bereiche (Berufserfahrung, Bereiche der Klinik, Störungen etc.) gegeben; ebenfalls ist das Geschlecht in beiden Tabellen gleichmässig verteilt.

Tab. 4 Daten der drei zusätzlichen Evaluationsteilnehmer (Personal)

Geschlecht	Berufserfahrung	Bereiche d. Klinik/Ort*	Schwerpunkt der Tätigkeit*	Anzahl Betten	Betreuung Durchschnitt**	Zeit/Patient Durchschnitt**
w	0-5 Jahre	1-8 / A	8	240	20-50	6/10
m	> 15 Jahre	1 / A	1	40	50-100	10/2
m	11-15 Jahre	1-8 / A	5, 7, 10	100	>100	4/10

* Legende: siehe vorherige Tab. 3

** Betreuung bezeichnet die durchschnittliche jährliche Betreuungskapazität an Patienten; Zeit bezeichnet die täglichen Stunden mit durchschnittlich x Patienten, dargestellt mit Schrägstrich (z.B. 5/4: fünf Stunden täglich mit durchschnittlich vier Patienten).

Tab. 5 Daten der sechs zusätzlichen Evaluationsteilnehmer (Laien und Selbstbetroffene)

Geschlecht	Alter	Status	Diagnose	Dauer stationärer Aufenthalt/Ort	Eintritt in den letzten 6 Monaten	Aufenthalt in geschlossener Station	Kontakt mit Mitpatienten
w	44	SB	2, 4	4 / CH	k.A.	2	k.A.
m	44	SB	4	3 / A	0	2	k.A.
m	42	SB	4, 5, 7	4 / CH	0	2	3
m	41	SB	3	4 / CH	1	2	2
w	35	L	-	- / A	-	-	-
m	29	L	-	- / A	-	-	-

Legende:

k.A..... keine Angabe

Geschlecht..... m = männlich; w = weiblich

Alter in Jahren

Status..... SB = Selbstbetroffener; L = Laie

Diagnose..... 1 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; 2 = affektive Störungen; 3 = organische Störungen; 4 = Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; 5 = Psychosomatik, Neurosen; 6 = Suchtproblematik; 7 = Sexualstörungen; 8 = altersspezifische Störungen (Demenz etc.); 9 = anderes

Dauer stat. Aufenthalt/Ort..... 1 = 0-5 Tage; 2 = 6-14 Tage; 3 = 15-21 Tage; 4 = mehr als 3 Wochen;

Ad Ort: Land der jeweiligen Klinik; bei Laien: Nationalität

Eintritt in den letzten 6 Mo 1 = einmal [ins psychiatrische Spital eingetreten]; 2 = mehr als einmal [ins psychiatrische Spital eingetreten]; 0 = keinmal

Aufenthalt in geschl. S. 1 = ja [Ich war noch nie auf einer geschlossenen Station]; 2 = nein [Ich war schon einmal auf einer geschlossenen Station]

Kontakt mit Mitpatienten 1 = 1-4 Stunden; 2 = 5-7 Stunden; 3 = den ganzen Tag

Auffallend bei den Selbstbetroffenen ist die Erfahrung aller Betroffenen bezüglich einer geschlossenen Station, d.h. jeder der Selbstbetroffenen hatte bereits einen Aufenthalt in einer geschlossenen Abteilung. Dies wirkte sich insofern positiv auf den Evaluationsfragebogen aus, als dass sie die Fragen nach dem Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt (Item 5 bis 8 im Evaluationsfragebogen) aufgrund ihrer Erfahrung beurteilen konnten.

Besonderheit: Drei Evaluationssteilnehmer reichten ihre Bewertungsunterlagen zu spät ein, d.h. erst *nach Abhalten der Testinterviews*. Die Bewertungen konnten dementsprechend *nicht mehr in die Evaluationsliste* aufgenommen werden. Berücksichtigt wurden jedoch die auf der letzten Seite der Bewertungsliste angebrachten Ergänzungen, Anmerkungen und Korrekturen. Der Vollständigkeit halber folgt eine kurze Zusammenfassung der soziodemografischen Teilnehmerdaten der drei zu spät eingereichten Bewertungsunterlagen:

Ein *Diplompsychologe*; tätig in einem Verein für Interessensvertretung in der Schweiz als Mitarbeiter im psychosozialen Team als Projektleiter der Selbsthilfeförderung; ca. 2000 Vereinsmitglieder; psychiatrische Bandbreite: Akutpsychiatrie, allgemeine Psychiatrie mit Rehabilitationspsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie, Forensische Bereiche, Stationäre, teilstationäre sowie ambulante Dienste; Berufserfahrung zwischen sechs und zehn Jahren; Schwerpunkt Arbeitstätigkeit liegt auf Akutpsychiatrie, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Schizophrenie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie; Dozent.

Eine *Psychologin*, derselbe Verein für Interessensvertretung wie oben erwähnter Diplompsychologe; keine weiteren Daten verfügbar, da Kurzfragebogen nicht retourniert.

Eine *Mutter von zwei psychiatrischen Selbstbetroffenen* (Töchter); 70 Jahre alt; Diagnose erste Tochter: Schizophrenie; zweite Tochter: Depression und Müdigkeitssyndrom; längster stationärer Aufenthalt: mehr als drei Wochen; einmal in den letzten Monaten eine Tochter in die psychiatrische Klinik eingetreten; eine Tochter war auf einer geschlossenen Station.

6.1.2 Beschreibung der Evaluationsliste

Analog der Studie von Kolb et al. (2000) werden die Items des Fragebogen-Entwurfes der Reihenfolge aufsteigend dargestellt mit den vier Bewertungsbereichen *Wichtigkeit, Verständlichkeit, Praxisrelevanz sowie Anwendbarkeit* und deren Antwortmöglichkeiten. Die Häufigkeiten sind in Prozent ausgedrückt, Items mit einem Prozentsatz über 15 oder mehr bei der Antwortkategorie „Nein“ sind rot markiert; diese sind als nicht-evaluierte Items des Fragebogen-Items zu betrachten und werden aus dem Evaluationsfragebogen ausgeschlossen. Das Resultat ist der Test-Fragebogen, der in einer nächsten Stufe von Patienten der Psychiatrische Universitätsklinik Innsbruck getestet wird (siehe Pkt. 7 Der Test-Fragebogen).

Besonderheiten: Die potenziellen Items 92, 94 und 98 betreffen soziodemografische Daten und bedürfen keiner Beurteilung. Sie sind mit einem schwarzen Balken gekennzeichnet, um eine Bewertung unmöglich zu machen. Das Item 99 („Aus statistischen Gründen sollte dieser Fragebogen von Ihnen nochmals in 2 Wochen ausgefüllt werden. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihnen der Fragebogen ein zweites Mal zugesandt wird?“) wurde aus Gründen der Bestimmung der Retest-Testreliabilität eingeführt, wird aber nicht in den Pilot-Fragebogen aufgenommen. Die Gründe liegen einerseits in einer anderen Art der Reliabilitätsbestimmung, andererseits im vermehrten und nicht gerechtfertigten Aufwand bezüglich der praktischen Umsetzung.

Beim Bewertungsbereich „Anwendbarkeit“ konnten entweder beide Bereiche, der stationäre und der ambulante Bereich, oder nur einer von beiden angekreuzt werden.

Falls die Evaluationspartner anstatt anzukreuzen bei einem Item *Fragezeichen* anbrachten, musste daraus geschlossen werden, dass das Item für sie nicht klar war. Da die Fragezeichen direkt beim Item angebracht waren, konnte nicht eruiert werden, in welchem der vier Bereiche des Items keine Klarheit bestand. Das Fragezeichen wurde in der Evaluationsliste für jeden Bereich in einer separate Spalte eingetragen (Spaltenbezeichnung: ?) und floss *nicht* in die Bewertung ein, d.h. gelangte nicht in die Basis der Prozentwertberechnung. Das „Nein“ wurde somit nur in Prozenten von der Basis „Ja, sehr“ (bei Wichtigkeit), „Ja“ und „Nein“ ausgedrückt; die Spalten „?“ (Fragezeichen), „FE“ (fehlend - siehe nachfolgend) sowie „WN“ (weiss nicht - siehe nachfolgend) wurden nicht berücksichtigt.

Bei einigen Items fehlte die Bewertung ganz (von den Evaluationsteilnehmern vergessen?); sie wurden für jeden der vier Bereiche in einer separaten Spalte als „fehlend“ (Spaltenbezeichnung: FE) eingetragen. Fehlende Items flossen *nicht in die Bewertung ein* und wurden zusammen mit den „Fragezeichen“ (?) und den „Weiss nicht“ (WN) aus der Basis ausgeschlossen.

Kreuzten die Teilnehmer den Balken zwischen „Ja“ und „Nein“ an, wurde daraus geschlossen, dass die Antwort ein „Ich weiss nicht“ sein sollte. Diese Bewertung wurde - wie bereits bei einem Fragezeichen und einem Fehlend - nicht in die Häufigkeitsberechnung aufgenommen.

Da im Bereich „Anwendbarkeit“ nurmehr Anwendbarkeit auf den stationären Bereich und /oder den ambulanten Bereich gefragt wurde, wurden die stationären und ambulanten Bewertungen als Prozentwerte mit der Basis aller stationären bzw. ambulanten Bewertungen und den Bewertungen „Fehlend“, „Fragezeichen“ und „Weiss nicht“ ausgedrückt.

Die Meinungen aller Evaluationsteilnehmer waren gleichberechtigt.

6.2 Ergebnisse der Evaluationsliste

Eine detaillierte Ergebnisliste der Evaluation befindet sich im **Anhang A 9**. Als eine Entscheidungshilfe in Zweifelsfällen wurden die Prozentzahlen zweistellig ausgerechnet: Die roten Ecken auf der Kopfzeile stellen Kommentare dar, sie beinhalten Information zur Basisberechnung und wurden als „Gedächtnisstütze“ angebracht. Man beachte: Je geringer der Prozentwert in der „Nein“-Spalte, desto „evaluierter“ das Item.

Analog der Studie von Kolb et al. (2000) wurden nach der Evaluationsphase diejenigen Items aus dem Fragepool ausgeschlossen, bei denen *15 % der Evaluationsteilnehmer oder mehr in einem der vier Bewertungsbereichen ein „Nein“ angekreuzt hatten*: „Items were dropped from the item pool if 15 % or more of the panel members answered „no“ to an individual item on any of the above attributes“ (S. 77).

Zusätzlich zu dieser Interpretation wurde jedoch in denjenigen Fällen, in denen die Prozentangabe knapp über dem 15 %-Wert lag, dem Bewertungsbereich „Wichtigkeit“ besonderes Augenmerk zuteil: Wenn ein Anwendungsbereich knapp über 15 % lag, jedoch die „Ja, sehr“- und „Ja“-Werte des Bewertungsbereiches „Wichtigkeit“ einen Prozentwert von 80 % überschritten, wurde das Item in den Test-Fragebogen aufgenommen. Die Begründung liegt darin, dass ein Item zwar beispielsweise nicht verständlich sein kann, jedoch von den Teilnehmern als überaus wichtig angesehen wird. In diesem Fall wird das Item verständlicher formuliert und nicht aus dem Fragebogen ausgeschlossen. Die Bedeutung der „Wichtigkeit“ stellt somit den gewichtigsten Faktor dar, weshalb es auch in zwei Antwortkategorien (Ja, sehr und Ja) unterteilt ist.

Nachfolgende Items³⁷ wurden aufgrund obiger Evaluationsliste bestätigt und fließen in den Test-Fragebogen ein. Bei jedem Item werden übersichtshalber nochmals die *Bereiche Wichtigkeit (W), Verständlichkeit (V), Praxisrelevanz (P) und Anwendbarkeit (A) mit der*

³⁷ Die Nummern der Items beziehen sich auf ihre Nummern im Evaluationsfragebogen.

jeweiligen Prozentzahl der Nein-Antworten angegeben bzw. im Bereich Anwendbarkeit der Prozentwert der Anwendbarkeit auf den stationären (AS) und ambulanten Bereich (AA) angegeben. Items, deren Werte klar über der 15 %-Grenze liegen, wurden aus dem Fragebogen ausgeschlossen und werden hier aus Platzgründen nicht explizit erwähnt, sondern nur abschliessend vermerkt.

Die neue Itemnummer steht anschliessend an die Evaluationswerte mit dem Zusatz „im Test-Fragebogen“. (Eine Gegenüberstellung der Itemnummern im Evaluationsfragebogen zum Test-Fragebogen findet sich auch noch im Anhang A 13.)

Zudem habe ich bei den nun folgenden und evaluierten Items (in aufsteigender Reihenfolge) Anmerkungen, Korrekturen und Verbesserungen angebracht. Diese Informationen stammen einerseits direkt aus der in der Itemliste auf S. 4 gestellten Frage „Haben Sie Ergänzungen, Anmerkungen, Korrekturen zum Fragebogen?“, andererseits waren Anmerkungen, Ergänzungen und Korrekturen direkt im Evaluationsfragebogen angebracht und wurden entsprechend übernommen.

6.2.1 Ausführungen zu den evaluierten Items

Im Folgenden sind *die Items, die in den Test-Fragebogen einfließen, aufgelistet*. Sie können entsprechend der Evaluation ergänzt und/oder korrigiert sein.

Durch die Evaluation wurden folgende Items des Evaluation-Fragebogens gelöscht und werden auch in den folgenden Ausführungen nicht erwähnt: Item 4, Item 7, Item 10, Item 11, Item 23, Item 25, Item 27, Item 37, Item 46, Item 48, Item 49, Item 50, Item 55, Item 57, Item 59, Item 60, Item 62, Item 63, Item 66, Item 69, Item 71, Item 72, Item 78, Item 84, Item 85, Item 87, Item 89, Item 90 gelöscht.

Das *Layout* des Evaluationsfragebogens wurde von 63.20 % der Evaluationsteilnehmer für „Gut“ befunden; 26.30 % stimmten mit „Sehr gut“. Eine Bewertung fehlte (= 5.25 %), eine Bewertung (= 5.25 %) fand bei „Mittelmässig“ ihren Ausdruck. Somit wird das Layout des Evaluationsfragebogens auch für den Test-Fragebogen übernommen.

Auffallend in der Evaluationsphase waren die durchwegs guten Evaluationswerte im Bewertungsbereich „Verständlichkeit“. Meiner Meinung nach spiegelt sich hier die Anwendung des GABEK Programms mit der an den Originalkommentaren der Interviewteilnehmer sehr

nahen Ausdrucksweise wider. Da die Items in der Sprache der Betroffenen geschrieben sind, sind sie verständlich.

Der Fragebogenentwurf wurde entsprechend den Ergebnissen der Evaluation angepasst. Es ergibt sich dadurch der Test-Fragebogen, dessen Testung mit 22 psychiatrischen Patienten im Pkt. 7 Der Test-Fragebogen näher erläutert wird.

Die Abkürzungen in den folgenden Ausführungen zur Evaluation bedeuten (je *geringer*, umso wichtiger, verständlicher, praxisrelevanter das Item):

WDie beurteilte Wichtigkeit des Items in Prozent der Antwort „Nein“

VDie beurteilte Verständlichkeit des Items in Prozent der Antwort „Nein“

PDie beurteilte Praxisrelevanz des Items in Prozent der Antwort „Nein“

ASDie beurteilte Anwendbarkeit im stationären Bereich in Prozent „Nein“

AADie beurteilte Anwendbarkeit im ambulanten Bereich in Prozent „Nein“

Item 1 „Wurden Sie wegen einer Krise eingeliefert oder war Ihr Aufenthalt im voraus geplant?“ W 5.26 %, V 10.53 %, P 10.53 %, AS 94.74 %, AA 52.63 %, im Test-Fragebogen Item 1

Der Begriff „eingeliefert“ wird ersetzt durch den Begriff „eingetreten“ laut Vorschlag eines Teilnehmers. Dieser Begriff ist wertneutraler als „eingeliefert“; mit letzterem assoziiert man eher eine Zwangseinweisung bzw. fürsorgerischen Freiheitsentzug. Eine Teilnehmerin fügte zudem an, dass wenn ein Aufenthalt geplant ist, auch eine Krise die Ursache dafür sein könnte. Dies ist korrekt, der Begriff „Krise“ wird ergänzt durch „akute psychische“ Krise. Die Frage lautet dementsprechend wie folgt: Sind Sie wegen einer akuten psychischen Krise eingetreten oder war Ihr Aufenthalt im Voraus geplant?

Item 2 „Waren Sie freiwillig in der Psychiatrie oder wurden Sie fürsorgerisch eingewiesen (fürsorgerischer Freiheitsentzug)?“ W 0.00 %, V 11.11 %, P 5.26 %, AS 100 %, AA 26.32 %, im Test-Fragebogen Item 2

Der Begriff „fürsorgerischer Freiheitsentzug“ hat in der Schweiz Gültigkeit, in Österreich heisst dieser Einweisungsmodus „Zwangseinweisung“. Diese Art wird in Klammer gesetzt. Der Einfachheit halber wird der österreichische und der analoge schweizerische Begriff zusammen in Klammer gesetzt. Dies soll einen Mehrfachaufwand durch Reproduktion einer zweiten Version des Fragebogens verhindern. Das Item lautet wie folgt: Waren Sie freiwillig

in der Psychiatrie oder wurden Sie fürsorgerisch eingewiesen (fürsorgerischer Freiheitsentzug; Zwangseinweisung)? *Für den Test-Fragebogen wird jedoch nur der Begriff der „Zwangseinweisung“ verwendet, da die Testpersonen ausschliesslich in Österreich (auf der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck) befragt werden.* Das Item im Test-Fragebogen lautet dementsprechend: Waren Sie freiwillig in der Psychiatrie oder wurden Sie zwangseingewiesen?

Item 3 „Hat man Sie beim fürsorgerischen Freiheitsentzug über Ihre Rechte aufgeklärt und Ihnen geholfen, sie wahrzunehmen?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 5.26 %, AS 100 %, AA 10.53 %, im Test-Fragebogen Item 2 und Item 3

Das Item beinhaltet die zwei Themenbereiche „Aufklärung über Rechte“ und „Wahrnehmung der Rechte“. Das Item 3 wird in folgende Fragen aufgeteilt:

- **Item 3 „Hat man Sie beim fürsorgerischen Freiheitsentzug (fürsorgerischer Freiheitsentzug; Zwangseinweisung) über Ihre Rechte aufgeklärt?“ und**
- **Item 4 „Hat man Ihnen beim fürsorgerischen Freiheitsentzug (fürsorgerischer Freiheitsentzug; Zwangseinweisung) geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?“**

Ein Evaluationsteilnehmer brachte als Vorschlag, für die Rechte des Patienten ein Beispiel einzusetzen. Dies merkte bereits die Interessensvertretung von psychiatrischen Patienten (Pro Mente Sana) ebenfalls an. Sie sieht eine Gefahr darin, dass die Patienten gar nicht wissen, welche Rechte sie haben, d.h. dass sie dadurch die Frage nicht korrekt beantworten können. Dem sei jedoch dagegengestellt, dass eine Aufklärungspflicht über die Rechte besteht und jeder Patient zu Beginn seiner Behandlung eine Informationsbroschüre erhält, in der die Rechte enthalten sind. Zur Absicherung wird der Test-Fragebogen auch noch einem Juristen zur Sichtung vorgelegt; als Beispiel für ein Patientenrecht wird die „Rekursmöglichkeit“ eingefügt.

Die beiden Items im Test-Fragebogen lauten dementsprechend: Hat man Sie bei der Zwangseinweisung über Ihre Rechte (z.B. Rekursmöglichkeit) aufgeklärt? Hat man Ihnen bei der Zwangseinweisung geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?

Sieben Teilnehmer (= 36.8 % (!) der Evaluationsteilnehmer) bemängelten die fehlende Frage nach Zwangsmassnahmen. Zwangsmassnahmen, wie Fixierung etc., bildeten an und für sich keine Gabek-Gestalt, stellen aber einen wichtigen Themenbereich dar (siehe Pkt. 3.5.10.2 Zwangseinweisung und Zwangsmassnahmen). Der Grund für die Nichtnennung in

den Interviews könnte sein, dass einerseits damit ein sensibles Thema aufgegriffen wird, andererseits v.a. in den Interviewleitfaden dieser Themenbereich vernachlässigt wurde. Aufgrund der vorher erwähnten Literatur sowie der Praxisrelevanz werden folgende Items in den Test-Fragebogen aufgenommen. Die Items stammen gemäss einem Vorschlag der psychiatrischen Interessensvertretung Pro Mente Sana aus einem bestehenden Fragebogen („Psychiatrische Klinik Gilead, 1997“; Item 20, Item 21 und Item 22) und lauten wie folgt:

Neues Item „Wurden während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt?“ (Mehrfachantworten möglich); **im Test-Fragebogen Item 5:** Antwortmöglichkeiten: Fixierung; Isolierung im Zimmer; Verbot, die Station zu verlassen; Tabletten einnehmen, die Sie nicht wollten; Spritze, die Sie nicht wollten; unter Beobachtung durch Pflegepersonal gestellt; keine Massnahme durchgeführt - gehen Sie zur Frage Nr. 8.

Neues Item „Wurden diese Massnahmen zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihnen nachbesprochen?“, **im Test-Fragebogen Item 6:** Antwortkategorien „Ja, völlig“, „Ja, manchmal“ und „Nein“.

Neues Item „Wären diese Massnahmen Ihrer Meinung nach zu verhindern gewesen?“, **im Test-Fragebogen Item 7:** Antwortkategorien „Ja, völlig“, „Ja, manchmal“ und „Nein“.

Für die beiden letztgenannten neuen Items wurde die Antwortmöglichkeit „Ja, einigermaßen“ in der dreistufigen Ratingskala zum besseren Verständnis in „Ja, manchmal“ umgewandelt.

Item 4 „Auf welcher Abteilung waren Sie bei Ihrem letzten Aufenthalt?“ wurde aufgrund seiner Werte gestrichen. Es wurde jedoch folgende Filterfrage neu eingesetzt:

Neues Item „Waren Sie beim letzten Aufenthalt auf einer geschlossenen Abteilung?“, **im Test-Fragebogen Item 8**, mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“.

Item 5 „Hat man Sie über Ihre Rechte aufgeklärt und Ihnen geholfen, sie wahrzunehmen?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 0.00 %, AS 100 %, AA 21.05 %, **im Test-Fragebogen Item 9 und Item 10:** ist eine Wiederholung des Items 3 mit dem Unterschied, dass es sich hierbei um die geschlossene Abteilung handelt. Dem Item 3 entsprechend werden ebenfalls zwei Items gebildet:

Neues Item „Hat man Sie auf der geschlossenen Abteilung über Ihre Rechte (z.B. Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?“, im Test-Fragebogen Item 9

Neues Item „Hat man Ihnen auf der geschlossenen Abteilung geholfen, Ihre Rechte (z.B. Rekursmöglichkeit) wahrzunehmen?“, im Test-Fragebogen Item 10

Item 6 „Erhielten Sie während Ihres Aufenthaltes genügend Informationen über Ihren Zustand?“ W 0.00 %, V 17.65 %, P 0.00 %, AS 78.95 %, AA 57.89 %, im Test-Fragebogen Item 11

Hier weist die „Wichtigkeit“ einen sehr hohen Wert auf, die Verständlichkeit ist jedoch problembehaftet. Die Anmerkung „Die Frage ist, zu welchem Zeitpunkt diese Information geliefert wird“ eines Evaluationspartners ist insofern nicht relevant, als dass sich das Item auf den Gesamtaufenthalt in der geschlossenen Abteilung bezieht. Somit ist nicht ausschlaggebend, *wann* der Patient die Information erhielt, sondern *ob* er sie in für ihn ausreichender Form erhielt. **Das Item wird übernommen**, jedoch folgenden Änderungen unterzogen: Der Begriff „Zustand“ wurde von einem Teilnehmer genauer definiert mit „über die Art, Ursachen und Therapiemöglichkeiten Ihrer Störung“. Zwei Teilnehmer bemängeln ebenfalls den Begriff „Zustand“ und bitten um genauere Definition („Was verstehen Sie unter „Zustand“? „intristisch/gesundheitlich?“).

Der Begriff „Zustand“ wird ersetzt durch die präzisere Beschreibung „die Art, Ursachen und Therapiemöglichkeiten Ihrer Störung“. Ein Teilnehmer der Evaluationsrunde beschreibt die Kritik am Begriff „Zustand“ folgendermassen: „Unseren „Zustand“ kennen wir selbst am besten. Wichtiger ist es, nach den Ursachen und vor allem Wegen aus der Krise zu fragen.“

Item 8 „Hatten Sie Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten“ weist zwar gute Werte auf (W 10.53 %, V 0.00 %, P 5.26 %, AS 89.47 %, AA 10.53 %), wird jedoch auf Anraten von vier Teilnehmern (Redundanz) mit dem Item 68 „Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt auf der offenen/halboffenen Abteilung genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?“ verbunden. Item 68 (W 11.76 %, V 5.88 %, P 25.00 %, AS 78.95 %, AA 10.53 %) sollte eigentlich aufgrund der fehlenden Praxisrelevanz ausgegliedert werden, wird jedoch aufgrund der durchschnittlichen Wichtigkeit von beiden Items belassen. Item 8 löscht sich dementsprechend, **Item 68 lautet neu: Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten? Im Test-Fragebogen Item 54**

Item 9 „Wie organisiert war das Aufnahmeverfahren?“ W 11.11 %, V 25.00 %, P 11.76 %, AS 89.47 %, AA 42.11 %, im Test-Fragebogen Item 12

Obwohl die Praxisrelevanz einen eindeutig abweisenden Wert zeigt, ist eine Wichtigkeit dieses Items gegeben: Immerhin 50 % der Teilnehmer beurteilen dieses Item sogar als sehr wichtig. Es wird mit folgenden Korrekturen versucht, die Verständlichkeit zu erhöhen:

Die Korrekturen betreffen die Antwortkategorien. Zwei Teilnehmer bemängeln die genannten Antwortkategorien. Sie schlagen folgende Antwortkategorien vor: schlecht organisiert; einigermaßen organisiert; gut organisiert. Zudem fehlt die Antwortmöglichkeit bei Zwangseinweisung (zwangseingewiesen). Eine Teilnehmerin drückt dies so aus: „Was genau ist mit Aufnahmeverfahren gemeint? Es kommt auch stark darauf an, in was für einem Zustand ich bei der Einlieferung war bzw. ob ich zwangseingewiesen wurde oder nicht!“. Die Vorschläge werden als sinnvoll empfunden und übernommen. Somit lauten die Antwortkategorien „schlecht organisiert“, „einigermaßen organisiert“, „gut organisiert“ und „hatte Zwangseinweisung“.

Ein Teilnehmer bemerkt, dass der Begriff „organisiert“ besser umschrieben werden solle. Da ein Aufnahmeverfahren jedoch effektiv eine Organisationsangelegenheit ist, wird dieser Einwand nicht übernommen. Ebenso meint ein anderer Teilnehmer, dass die Frage zu unspezifisch sei. Da es in diesem Fragebogen jedoch nicht um die Organisation im Detail geht, wurde versucht, mit dieser sicherlich globalen Frage die Organisation des Aufnahmeverfahrens abzudecken. Eine detailliertere Analyse der Aufnahmeorganisation kann erfolgen, wenn die Antwortkategorie „schlecht organisiert“ bei der Patientenbefragung sehr hohe Werte aufweist.

Das Item 9 bleibt somit im selben Wortlaut bestehen.

Item 12 „Wurden Sie freundlich und verständnisvoll vom Spitalpersonal empfangen?“ W 10.53 %, V 5.26 %, P 22.22 %, AS 94.74 %, AA 63.16 %, im Test-Fragebogen Item 13

Obwohl dieses Item eine geringe Praxisrelevanz aufweist, erscheint es jedoch sehr wichtig mit 36.84 % der Stimmen auf „ja, sehr wichtig“. Dieses Item zeigt wie alle Items, bei denen es um Höflichkeit, Verständlichkeit und Zeit-haben geht, zwar eine hohe Wichtigkeit, jedoch eine geringe Praxisrelevanz. Da dieser Umstand sich als ungewöhnlich herausstellt und somit die „Forschungsneugierde“ geweckt ist, wird dieses Item in dieser Form belassen, mit

folgenden Einwendungen: Ein Teilnehmer bemerkte, dass in diesem Item auch Verlegungen von einer anderen Psychiatrie mitberücksichtigt werden müssen. Das Item wurde abgeändert in „Wurden Sie freundlich und verständnisvoll vom Spitalpersonal in dieser Psychiatrie empfangen?“. Dem Einwand eines Teilnehmers, dass wichtig sei, wie es sich mit diesem Sachverhalt *nach* dem Aufnahmegespräch verhält, tragen die Fragen nach Höflichkeit (Items 16, 20 und 42) sowie nach Verständnis (Item 30) Rechnung.

Item 13 „Wurde Ihnen nach der Aufnahme das weitere Vorgehen erklärt?“ W 5.26 %, V 11.11 %, P 10.53 %, AS 94.74 %, AA 47.37 %, im Test-Fragebogen Item 14

Die **Überschrift „Ärzte und Ärztinnen“** wird zum besseren Verständnis ergänzt mit folgender einfacher Definition: „Unter Ärzte sind die Psychiater gemeint. Diese durften Ihnen auch Medikamente verschreiben.“ Dies soll eine klare Abgrenzung zum Pflegepersonal und zu den Therapeuten darstellen.

Von Item 14 bis einschliesslich Item 25 (Ausnahme Item 23) sowie von Item 41 bis einschliesslich Item 45 ist eine Besonderheit auffällig: Alle Items zeichnen sich durch eine geringe Praxisrelevanz (höchster Wert: Item 42 mit 37.50 %!), **jedoch relativ hohe Wichtigkeit aus**. Nur die Items 14, 16, 25 weisen einen „Grenzwert“ von jeweils 16.67 % auf. Das bedeutet, obwohl die Evaluationspersonen diese Items, bei denen es um Höflichkeit, Zuständigkeit, Vertrauen und Zeithaben der jeweiligen Berufsgruppen Arzt (Item 14 bis Item 18), Pflegepersonal (Item 19 bis Item 24, Ausnahme: Item 23) und Therapeuten (Item 41 bis Item 45) geht, als sehr wichtig, aber nicht praxisrelevant einstufen. Dieser Widerspruch würde jeden Forscher neugierig machen; aus diesem Grund bleiben die Items im Test-Fragebogen erhalten. Man darf gespannt sein, wie die Patienten der Bewertungsgruppe über die Items „urteilen“.

Die neuen Itemnummern im Test-Fragebogen lauten: Item 14 = neu Item 15; Item 15 = neu Item 16; Item 16 = neu Item 17; Item 17 = neu Item 18; Item 18 = neu Item 19; Item 19 = neu Item 20; Item 20 = neu Item 21; Item 21 = neu Item 22; Item 22 = neu Item 23; Item 24 = neu Item 24 (Item 23 „Wieviel ist Ihnen an Selbstständigkeit in Ihrem Aufenthaltsalltag auf der Psychiatrie überlassen worden?“ wird gelöscht.); Item 41 = neu Item 37; Item 42 = neu Item 38; Item 43 = neu Item 39; Item 44 = neu Item 40; Item 45 = neu Item 41.

Folgende Anmerkungen zu den oben genannten Items seien noch erwähnt:

Item 14 „Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der/die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig war?“ W 16.67 %, V 10.53 %, P 26.32 %, AS 89.47 %, AA 47.37 %: Hier bemerkte ein Teilnehmer, ob dieser Umstand (Zuständigkeit während der gesamten Aufenthaltsdauer) hinsichtlich der vielen Teilzeitstellen in der heutigen Zeit überhaupt noch Gültigkeit hat. Die Frage ist sehr berechtigt und stellte sich vielleicht *sogar deshalb* als bedeutend in der qualitativen Auswertung heraus (Kontinuität Personal, Ruhe, Ernstnehmen und wichtig Patient (G 18): Neben dem Ernstgenommen werden ist es sehr wichtig für den Patienten, dass er Ruhe findet und dass eine gewisse Kontinuität bezüglich des Personals gewährleistet ist und keine hohe Fluktuation herrscht.). Die Patienten fühlen sich sicher und geborgen durch Beziehung zu *einer* Bezugsperson. Wechselt diese häufig - wie bei Teilzeitstellen der Fall -, fühlen sich die Patienten nicht sicher aufgehoben. Die Items sollen ja gerade Problembereiche in psychiatrischen Institutionen aufdecken. Eine Möglichkeit, den Wechsel zu dokumentieren, besteht darin, eine zusätzliche neue Antwortkategorie „mehrere Wechsel“ hinzuzunehmen. Dieser Vorschlag stammt von einem Teilnehmer und wird entsprechend im Item 14 sowie analog im Item 19 übernommen.

Item 15 „Finden Sie, dass der zuständige Arzt oder die zuständige Ärztin genügend Zeit für Sie gehabt hat?“ W 0.00 %, V 5.26 %, P 22.22 %, AS 94.74 %, AA 73.68 %, und Item 22 „Finden Sie, dass das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie gehabt hat?“ W 5.26 %, V 0.00 %, P 23.53 %, AS 94.74 %, AA 52.63 %: Ein Teilnehmer fragte, was der Begriff „genügend“ heisst, und merkte an, dass dies ein „relativer“ Begriff sei. Hierzu ist zu bemerken, dass es um eine *subjektive* Sichtweise in dem Fragebogen geht, d.h. „genügend“ bedeutet für den einen Patienten zwei Stunden pro Woche, für den anderen fünf Stunden pro Woche. Wichtig ist, dass er es selbst als „genügend“ erlebt hat (oder auch nicht).

Item 16 „Wie würden Sie die Höflichkeit Ihrer Ärzte oder Ihrer Ärztinnen beurteilen?“ W 16.67 %, V 0.00 %, P 36.84 %, AS 100 %, AA 68.42 %, und Item 18 „Haben Sie Ihre Ärzte und Ärztinnen während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?“ W 10.53 %, V 0.00 %, P 26.32 %, AS 94.47 %, AA 78.95 %: Ein Teilnehmer schlägt vor, diese zwei Fragen in einer Frage „Haben Sie Ihre Ärzte und Ärztinnen während Ihrer Behandlung als unterstützend, motivierend und höflich erlebt?“ zu verbinden. Höflichkeit und Motivation stellen jedoch zwei unterschiedliche Konstrukte dar und werden dementsprechend in *zwei Items* abgefragt.

Dasselbe gilt für **Item 42** „Wie würden Sie die Höflichkeit der Therapeuten beurteilen?“ **W 11.76 %**, **V 0.00 %**, **P 37.5 %**, **AS 84.21 %**, **AA 63.16 %** und **Item 45** „Haben Sie die Therapeuten während der Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?“ **W 0.00 %**, **V 5.26 %**, **P 23.53 %**, **AS 84.21 %**, **AA 57.89 %**. Der Begriff der „Höflichkeit“ wird trotz des folgenden Einwands einer Teilnehmerin (Selbst-Betroffene) belassen:

„Wie Sie meiner Itemliste entnehmen können, haben mich die Fragen über die Höflichkeit der Ärzte/Therapeuten/PflegerInnen genervt. Viel wichtiger als Höflichkeit finde ich die Tatsache, dass wir in unserer Situation ernst genommen werden möchten, auch wenn sich das manchmal nicht mit der totalen Höflichkeit verträgt.“

Eine Teilnehmerin bemerkte zu den Höflichkeitsitems an: „Höflichkeit reicht hier nicht aus, Einfühlungsvermögen ist notwendig.“ Die Frage nach dem Ernstnehmen - was indirekt auch Einfühlungsvermögen impliziert - ist mit Item 29 (Hatten Sie das Gefühl, in Ihrer psychischen Störung ernst genommen zu werden?) abgedeckt.

Item 16 „Wie würden Sie die Höflichkeit Ihrer Ärzte oder Ihrer Ärztinnen beurteilen?“ und **Item 20** „Wie würden Sie die Höflichkeit des Pflegepersonals beurteilen?“: Eine Teilnehmerin betonte die Wichtigkeit dieser beiden Items explizit unter „Ergänzungen, Korrekturen, Anmerkungen“, stiess sich jedoch - wie auch ein anderer Teilnehmer - am Begriff „Höflichkeit“, da sie sich an ein „Hotel“ erinnert fühle. Stattdessen würde sie den Begriff „respektvoll“ verwenden.

Da die Thematik „Respekt und Würde“ im Item 65 (Haben Sie das Gefühl, Sie wurden während Ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie mit Respekt und Würde behandelt?) bereits angesprochen wird, stellt sich die Frage, weshalb in einem Bereich, in dem immer mehr die Kundenbedürfnisse, d.s. Patientenbedürfnisse im Sinne eines ganzheitlichen Qualitätsmanagements, im Vordergrund stehen, ein zwischenmenschlicher Begriff wie „Höflichkeit“ keinen angemessenen Platz haben sollte.

Es kristallisierte sich in der qualitativen Phase durch eine Hypergestalt stark heraus, dass die Patienten - neben dem Zeitfaktor und dem Ernstnehmen - sehr viel Wert auf eine freundliche Behandlung legen (Zeit für Patienten, Gespräche, Alltagskontakte, Freundlichkeit und Ernstnehmen (HG 6): Die Patienten wünschen, dass man viel Zeit für sie hat, als Anlaufstelle für Gespräche dient, die alltägliche Kontakte und Austausch garantieren. Es ist ihnen wichtig, dass man ihnen einen Behandlungsplan erarbeitet, sie freundlich behandelt und ernst nimmt,

anstatt sie zu bevormunden. Aus diesem Grund wird der Begriff „Höflichkeit“ in diesen beiden Items belassen.

Item 17 „Hatten Sie Vertrauen in Ihre Ärzte und Ärztinnen?“ W 0.00 %, V 5.26 %, P 21.05 %, AS 94.74 %, AA 78.95 %, **Item 21** „Hatten Sie Vertrauen in das Pflegepersonal?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 22.22 %, AS 94.74 %, AA 68.42 % und **Item 43** „Hatten Sie Vertrauen in die Therapeuten?“ W 5.26 %, V 5.26 %, P 27.78 %, AS 84.21 %, AA 63.16 %: Laut einem Teilnehmer müssen die Antwortkategorien differenzierter ausgearbeitet werden: Es fehlt die Kategorie „Nicht in alle, unterschiedlich“, sowie „Zu Beginn nicht, dann ja“ und „Zu Beginn ja, dann nein“. Da das Vertrauen in die Ärzte und das Personal eine sehr bedeutende Variable im Behandlungsprozess ist (siehe auch Hypergestalt HG 4 Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal mit dem Inhalt: Die Erwartungen des Kunden (= Patienten) sind, im Unterschied zur Somatik, häufig aufgrund begrenzten Personals nicht realisierbar. Hier helfen eine realistische Zielsetzung und erklärende Gespräche zur Lösungsfindung. *Die Qualität der psychologischen Betreuung hängt zudem von der sozialen Beziehung zwischen Patient und Personal ab.*), werden die Antwortkategorien wie folgt angepasst bzw. erweitert: „Ja, immer“; „Ja, einigermaßen“ (gleichbedeutend mit „Nicht in alle, unterschiedlich“); „Zu Beginn nicht, dann ja“; „Zu Beginn ja, dann nein“ sowie „Nein“. Die Unterscheidung in zeitlicher Hinsicht trägt sicherlich dem Umstand Rechnung, wonach sich ein Vertrauensverhältnis zu den Ärzten zum Pflegepersonal - vor allem bei längerem stationären Aufenthalt - im Laufe der Zeit erst bilden kann. Dem Einwand einer Teilnehmerin, dass für sie Offenheit und Ehrlichkeit wichtig waren, wird ebenfalls in diesem Item Rechnung getragen, da eine Vertrauensbasis Offenheit und Ehrlichkeit impliziert.

Die Überschrift „Pflegepersonal“ wird zum besseren Verständnis durch den in Klammer gesetzten Begriff „Psychiatriepfleger/innen“ ergänzt; dies jedoch ausschliesslich begrenzt auf diese Überschrift, da eine Ergänzung in den Items selber eher zur Verwirrung beitragen und sich zudem ungünstig auf den Lesefluss auswirken würde.

Item 26 „Hat der Therapieplan Ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprochen?“ W 0.00 %, V 5.56 %, P 5.56 %, AS 89.47 %, AA 63.16 %, im Test-Fragebogen Item 25

Da es sehr viele Einflussfaktoren auf einen Therapieplan gebe, bewertete ein Teilnehmer dieses Item als problematisch und zu allgemein gehalten.

Es ist klar, dass es sich bei diesem Item um eine eher allgemein gehaltene Frage handelt. Um den Umfang des Fragebogens jedoch nicht zu strapazieren, ist man oftmals gezwungen,

Abstriche zu machen. Da eine Bewertung der Therapiearten in Item 39 ausführlich folgt, wird dieses Item nicht präzisiert, sondern bleibt in dieser allgemeinen Form bestehen.

Item 28 „Wie gut sind Sie über das Therapieangebot informiert worden?“ W 0.00 %, V 5.56 %, P 5.88 %, AS 89.47 %, AA 57.89 %, im Test-Fragebogen Item 26

Die erste Antwortkategorie wird von „Zuviel“ in „Zu stark“ geändert.

Item 29 „Hatten Sie das Gefühl, (in der Therapie) in Ihrer psychischen Störung ernst genommen zu werden?“ W 5.26 %, V 23.53 %, P 11.11 %, AS 89.47 %, AA 68.52 % sowie Item 30 „Hatten Sie das Gefühl, (in der Therapie) in Ihrer psychischen Störung verstanden zu werden?“ W 11.76 %, V 35.29 %, P 16.67 %, AS 84.21 %, AA 63.16 %, im Test-Fragebogen Item 49

Hier ist wiederum der Fall, dass zwar die Wichtigkeit hoch ist, die Verständlichkeit jedoch zu „wünschen“ übrig lässt; vor allem beim Item 30. Die beiden Items werden gemäss Vorschlag von mehreren Teilnehmern in einem Item mit dem Wortlaut „ernstgenommen und verstanden zu werden“ zusammengefasst. Zudem werden folgende Anmerkungen berücksichtigt und das Item in den Bereich „Aufenthalt allgemein“ verlegt:

Ein Teilnehmer setzte den beiden Items (Ernstnehmen, Verstandenwerden) den Kommentar „wird vorausgesetzt“ hinzu. Dies widerspricht jedoch der in der qualitativen Phase ausgewerteten GABEK-Gestalt „Kontinuität Personal, Ruhe, Ernstnehmen und wichtig Patient (G 18)“ (siehe Pkt. 5.6.1 Die Gestalten), in der die Patienten das Ernstnehmen ihrer Person als sehr wichtig ansehen. Der bei der Auswertung resultierende Aspekt des Ernstnehmens betont die immense Bedeutung nicht nur für die Patienten, sondern auch für die interviewten Berufsgruppen: Diese sehen ein Ernstnehmen des Patienten ebenfalls als wichtig für den Patienten an. Wäre ein Ernstnehmen sowieso der „Regelfall“, hätte es sich nicht mit einer solchen Klarheit in der qualitativen Auswertung herauskristallisiert.

Ebenfalls wird das in Klammer gesetzte „in der Therapie“ weggestrichen. Der Grund liegt darin, dass die Patienten nicht nur in der Therapie, sondern im gesamten Behandlungsablauf ernst genommen und verstanden werden sollen. Deshalb wird das Item auch in den Bereich „Aufenthalt allgemein“ verlegt. Die beiden Items bleiben erhalten.

Item 31 „Finden Sie, dass Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausreichend ausleben konnten?“ W 73.68 %, V 44.44 %, P 81.25 %, AS 68.42 %, AA 26.32 %, im Test-Fragebogen Item 27

Dieses Item bewerteten fast alle Teilnehmer als nicht wichtig und nicht verständlich. Eine Teilnehmerin bemerkte „Die Frage ist missverständlich, vor allem auch bezüglich der Sinnhaftigkeit“. Ein anderer Teilnehmer brachte es auf den Punkt: „Das Item ist fragwürdig und nicht Ziel der Therapie!“ Inwiefern die Verneinung dieses Items durch fast alle Teilnehmer unser Gesellschaftsbild widerspiegelt, in der es um Symptombekämpfung und nicht um Symptomauslebung geht, sei dahingestellt und bleibt in dieser Arbeit offen. Da Dinge, die auf eine solche Ablehnung stossen, genauer hinterfragt werden sollen und dies Aufgabe der Forschung sein muss, bleibt das Item 31 (neu: Item 27) - trotz oder *gerade wegen* der negativen Bewertung - sowohl im Test-Fragebogen als auch im Pilot-Fragebogen bestehen.

Item 32 „Wurden Ihre Angehörigen im für Sie richtigen Ausmass in die Therapie mit einbezogen?“ W 0.00 %, V 11.11 %, P 5.56 %, AS 89.47 %, AA 68.42 %; im Test-Fragebogen Item 28

Dieses Item wurde von einer Teilnehmerin in dem Sinne kritisiert, als dass nicht klar ist, wer mit „Angehörigen“ gemeint ist. Angehörige können Familienangehörige und/oder Freunde aus dem Beziehungsumfeld sein. Dies ist korrekt, das Item wird ergänzt durch „Ihre Familie oder andere Angehörigen“. Dasselbe gilt bei Item 33 und Item 77. Zudem wurden die Antwortkategorien entsprechend ergänzt (Ich wollte keinen Einbezug der Familie oder Angehörigen; ich habe keine Familie oder Angehörigen.). Eine Teilnehmerin merkte bezüglich der Antwortkategorien an: „Ich habe Angehörige, will aber nicht, dass sie in die Therapie einbezogen werden. Die Klinik respektiert dies und bezieht sie nicht mit ein. Dann wurden meine Angehörigen im für mich richtigen Ausmass in die Therapie einbezogen. Soll ich dann 1 (= „Ja, völlig“) und 4 (= „Ich wollte keinen Einbezug der Familie oder Angehörigen“) ankreuzen?“ Dies ist meines Erachtens zu kompliziert gedacht. Natürlich kreuzt man in diesem Fall die vierte Antwortkategorie an, d.h. ich wollte keinen Einbezug der Familie oder Angehörigen. „Im für mich richtigen Ausmass“ wird bei der Antwortkategorie „Ja, völlig“ so verstanden, dass die Familie oder andere Angehörigen in die Therapie tatsächlich mit einbezogen wurden. (Dies bestätigte dann auch das Testinterview mit 16 Testpatienten: Es gab bei diesem Item keinerlei Unklarheiten.)

Item 32 ist jedoch - wie mehrere Teilnehmer der Evaluationsrunde korrekt anmerkten - redundant mit Item 37 („Ist Ihr Beziehungsumfeld in genügendem Ausmass in die Therapie mit einbezogen worden?“). Item 37 wird aufgrund dieser Feststellungen und der geringen Evaluationswerte (V 18.75 %; P 17.65 %) gelöscht.

Item 33 „Konnten Sie, wenn Sie es wollten, ungestört mit Ihrer Familie oder anderen Angehörigen telefonieren oder sprechen?“ W 5.26 %, V 0.00 %, P 11.76 %, AS 89.47 %, AA 15.79 %, im Test-Fragebogen Item 29

Ein Teilnehmer bemerkte zwar, dass man die Frage eher mit „Konnten Sie sich zu Gesprächen mit Angehörigen ungestört zurückziehen“ formulieren sollte. Da aber der Wortlaut der interviewten Personen gewählt wurde und zudem die Frage nicht mit der Frage nach Rückzug verwechselt werden sollte (Item 68), bleibt die Frage in der ursprünglichen Form bestehen.

Item 34 „Konnten Sie bei Ihrer Behandlung genügend mitbestimmen?“ W 0.00 %, V 10.53 %, P 5.56 %, AS 89.47 %, AA 68.42 %, im Test-Fragebogen Item 30

Hier merkte ein Teilnehmer an, dass der Wortlaut des Items heissen soll: „Wurden Ihre Wünsche bezüglich der Behandlung mitberücksichtigt?“. Der Begriff „Mitbestimmung“ formte sich jedoch als eine Gestalt (G 19) mit dem Inhalt: Wichtig, Mitbestimmung, Ernstnehmen, Information, Eingehen Bedürfnisse und Wertschätzung in der qualitativen Auswertung heraus und wird in dieser Form und in diesem Wortlaut beibehalten.

Item 35 „Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?“ W 5.26 %, V 5.56 %, P 11.11 %, AS 89.47 %, AA 31.58 %) und Item 36 „Wenn Sie körperliche Beschwerden hatten: Fühlten Sie sich medizinisch gut betreut?“ W 5.26 %, V 5.26 %, P 16.67 %, AS 89.47 %, AA 57.89 %; im Test-Fragebogen Item 31 und Item 32

Eine Teilnehmerin fragte nach dem Grund, weshalb gerade im körperlichen Entzugsbereich eine spezielle Frage gewählt wurde. Es zeigte sich in der Praxis vor allem im Suchtbereich mit körperlichem Entzug, dass hier Werte wie Wertschätzung und Umgang mit den Patienten eine sehr grosse Rolle spielte. Dies kommt u.a. in der Hypergestalt HG 6 „Zeit für Patienten, Gespräche, Alltagskontakte, Freundlichkeit und Ernstnehmen“ mit der Karteikarte Un sehr gut zum Ausdruck. Die Karteikarte Un lautet wie folgt:

[Respekt und Würde?] Ja, auf jeden Fall. Also, ich staune vielfach, mit was für Geduld das Personal auf der Entzugsabteilung mit diesen Patienten in diesen Zuständen oder Un-Zuständen, in denen die Patienten auf die Abteilung kommen, wie sie mit diesen Patienten umgehen. Da hätte ich den Job schon längst an den Nagel gehängt. (Karteikarte Un)

Zudem bemängelte ein Evaluationsteilnehmer (und ehemaliger Patient) bei der Frage „Hatten Sie das Gefühl, (in der Therapie) in Ihrer psychischen Störung ernst genommen zu werden?“, dass die körperliche Komponente, d.i. die gesundheitliche Situation, fehlt. Eine Bemängelung, welche er jedoch nach dem Durchlesen der beiden Items „Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?“ und „Wenn Sie körperliche Beschwerden hatten: Fühlten Sie sich medizinisch gut betreut?“ wieder aufhob.

Der Praxisrelevanzwert des Items 36 stellt einen „Grenzwert“ dar; das Item wird aufgrund der Wichtigkeit (W 5.26 %) in den Test-Fragebogen übernommen.

Item 38 „Ist Ihre soziale Situation (Arbeit, Finanzen, Wohnung) in genügendem Ausmass in die Therapie mit einbezogen worden?“ W 5.56 %, V 0.00 %, P 5.88 %, AS 84.21 %, AA 73.68 %, im Test-Fragebogen Item 33. Das Item bleibt in dieser Form erhalten.

Item 39 „Wie gut fanden Sie folgende Therapieformen?“ W 15.79 %, V 33.33 %, P 26.32 %, AS 84.21 %, AA 52.63 %; im Test-Fragebogen Item 34

Diese Resultate der Evaluationsrunde überraschten sehr, dachte man doch, dass gerade der Bewertung der Therapieformen schweres Gewicht zukommt. Die Bewertung zeigt jedoch ein anderes Bild: Die Frage wurde mit einem Grenzwert von 15.79 % als wichtig erachtet, die Verständlichkeit und die Praxisrelevanz wurde sogar mit sehr geringen Werten beziffert. Aufgrund diverser Gespräche mit Interessensvertretungen von psychiatrischen Patienten, welche hauptsächlich die Therapieformen als wichtig erachten, bleibt dieses Item jedoch bis auf weiteres im Test-Fragebogen mit folgenden Korrekturen bestehen:

Der Begriff „gut“ wurde von einem Teilnehmer kritisiert und durch das Adjektiv „hilfreich“ ersetzt, da diese Formulierung (hilfreich) als exaktere und nicht-wertende Definition (im Gegensatz zu „gut“) betrachtet wurde.

Zudem bemerkte der Teilnehmer, dass die Sparte „Sozialdienst“ keine Therapieform darstellt. Drei Teilnehmer merkten an, dass die Frage bezüglich Layout zu unübersichtlich ist. Ein Teilnehmer bringt folgenden Verbesserungsvorschlag: Die Legende sollte am Ende stehen und die Unterpunkte sollten reduziert werden. Da dieser zweite Einwand jedoch *nur von einem* Teilnehmer kam und von den anderen als positiv beurteilt wurde (v.a. auch erkennbar an der von allen Teilnehmern für gut bis sehr gut befundenen Beurteilung des Layouts), entscheidet hier das „Mehr“, d.h. die Legende wird nachfolgend der Frage belassen. Ebenfalls ist es sinnvoll und in der Praxis üblich, dass die Legende *vor* den zu bewertenden Unterpunkten steht. Dennoch werden aufgrund der Übersichtlichkeit für die Patienten folgende Verbesserungen des Layouts aufgenommen:

- Die an den Antwortmöglichkeiten angebrachten Kodierzahlen 1 bis 7 werden gelöscht.
- Die Legende wird am Ende der aufgezählten Therapieformen nochmals wiederholt.
- Der Schriftgrad der Legende wird auf 16 erhöht; die Legende wird auf Fettdruck gesetzt.
- Die Antwortkategorien „nicht gehabt“ sowie „nicht angeboten“ werden einen Tabulator weiter nach rechts gesetzt, um sich von der Bewertung abzuheben.

Diese Korrekturen werden ebenfalls bei der Legenden in den Items 80, 81, 82, 83 und 85 angebracht, mit Ausnahme der Wiederholung der Legende am Ende der Aufzählungen (aufgrund der - im Gegensatz zu Item 39 - geringeren Anzahl der Aufzählungen in den Items).

Ein Teilnehmer merkte noch folgende Unterscheidung der Einzeltherapie an: Einzeltherapie mit Psychologen und Einzeltherapie mit Psychiater. Diese Unterscheidung stimmt und wird übernommen. Es sollen laut diesem Teilnehmer auch noch in den Therapiearten Ergo- und Gestalttherapie sowie Kreativtherapie Beispiele angeführt werden (Holzarbeiten, Töpfern etc.). Dies wird ebenso für die Kreativtherapie übernommen.

Laut einem Teilnehmer (Psychiater) soll die „*Psychotherapie*“ als separate Therapieform genannt werden. Hier ergibt sich folgende Schwierigkeit: Sowohl in der Einzeltherapie mit einem Psychiater als auch in der Einzeltherapie mit einem Psychologen findet eine Psychotherapie statt. Aus diesen Gründen wird die Psychotherapie nicht explizit als Therapieform ausgewiesen, sondern ist in den Therapieformen „Einzeltherapie mit Psychiater“ sowie „Einzeltherapie mit Psychologe“ enthalten.

Da die Therapieform „Tierpflege“ für die Testinterviews an der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck nicht relevant ist (sie wird nur in der PUK Basel angeboten), wird sie auf dem Test-Fragebogen nicht explizit erwähnt.

Eine Teilnehmerin findet den Begriff „Informationsgruppen“ unglücklich gewählt. Sie versteht nicht, was damit gemeint ist. Damit sind die im Spital stattfindenden Informationsveranstaltungen über Krankheitsursache, Prognose etc. gemeint. Oftmals finden diese Veranstaltungen in Patientengruppen (mit derselben Problematik) statt. Dieser Begriff ist im psychiatrischen Jargon nicht unüblich und wird in dieser Form belassen.

Ein Teilnehmer (Selbst-Betroffener) gibt zu bedenken, dass es bei den Behandlungsalternativen auch um deren *Wahlmöglichkeiten* geht. Er meint

„Wir Psychiatrie-Erfahrenen möchten Wahlmöglichkeiten, was das Therapieangebot bzw. die Behandlungsalternativen angeht. Die Therapie diktiert zu bekommen oder nur die Wahl von ja oder nein, möglicherweise verbunden mit Strafmassnahmen (Ausgangsverbot/Zimmerarrest) gehört in den Bereich der Diskriminierung.“

Neues Item: Es wurde ein neues Item mit der Itemnummer 35 im Test-Fragebogen gebildet mit dem Text: „**Wurden Ihnen Wahlmöglichkeiten zu den Therapien angeboten?**“

Item 40 „**Hat die Behandlung, die Sie in der Psychiatrie erhielten, Ihnen dabei geholfen, besser mit Ihrer Krankheit umzugehen?**“ **W 0.00 %, V 5.56 %, P 5.56 %, AS 89.47 % und AA 73.68 %, im Test-Fragebogen Item 36.** Das Item wurde in der Form belassen.

Da die Überschrift „Therapeuten“ von drei Teilnehmer als zu wenig präzise kritisiert wurde, wurde **die Überschrift „Therapeuten“** einerseits durch die weibliche Form „Therapeutinnen“ ergänzt, andererseits zum besseren Verständnis durch folgenden an die Überschrift anschliessenden Satz erweitert: „Unter den Therapeuten sind diejenigen Personen gemeint, welche die Therapieformen in der Frage 34 (Musiktherapeuten, Ergotherapeuten etc.) durchgeführt haben.“

Der Grund für diese eingefügte nähere Erläuterung des Begriffes „Therapeut“ liegt in den folgenden Anmerkungen von fünf Teilnehmern: Die Definition des Begriffes „Therapeut“ wird insofern kritisiert, als dass es aus Patientensicht nicht klar ist, wer mit „Therapeut“ gemeint ist. Jeder will Therapeut sein, Ärzte genauso wie Pflegepersonal etc. Es sollte exakt erläutert

werden, *welche Therapeuten* (z.B. Ergotherapeuten, Musiktherapeuten) mit diesen Items angesprochen sind. Die Kritik besteht zu Recht; der allgemein gehaltene Begriff könnte zu Unklarheiten führen. Die oben erwähnte eingefügte Definition soll dieser Unklarheit entgegenwirken.

Item 47 „Sind Sie mit Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt worden?“ W 11.11 %, V 0.00 %, P 17.65 %, AS 84.21 %, AA 68.42 % stellt nur eine Filterfrage für die nachfolgenden Items dar und bedürfte eigentlich keiner Bewertung. Das habe ich in der Evaluationsliste übersehen.

Ad Bereich „Medikamente/Information“: Ein Teilnehmer (Psychiater) bemängelt, dass der Bereich Medikamente explizit in einem eigenen Punkt erwähnt wird, mit der Feststellung: „Genau die gleichen Fragen müssten auch für die anderen Therapien, insbesondere die Psychotherapie, vorgelegt werden. Auch ein Verfahren wie Psychotherapie hat Nebenwirkungen!“, dem sei jedoch entgegengehalten, dass sich der Bereich „Medikamente/Information“ aufgrund der Forschung gebildet hat: Als Hypergestalt (HG 8) der qualitativen Auswertung kommt dem Bereich der Psychopharmaka und Information eine besondere Bedeutung zu.

Die Zusammenfassung in der Hypergestalt lautet: „Im Hinblick auf die Medikamente sollte über Wirkungen und Nebenwirkungen viel Aufklärung betrieben werden. Auf Anfrage erhält jeder Patient im Allgemeinen die nötigen Informationen. Information und Entscheidungsfreiheit via Anbietung von Alternativen fördern zudem die Kooperation.“ Andere Therapiemöglichkeiten, wie Psycho-, Ergo- oder Musiktherapie etc., wurden von den interviewten Personen - sowohl im Patienten- als auch im Personalbereich (inklusive Psychiater) - nicht erwähnt, obwohl explizit im Interviewleitfaden darauf hingewiesen wurde. Dies zeigt umso mehr den Stellenwert, den Medikamente im psychiatrischen Behandlungsprozess gegenüber anderen Therapien einnehmen.

Ebenfalls erwähnt ist der Bereich der Medikamente in Bezug auf die Selbstständigkeit in der Hypergestalt HG 9 (Zusammenfassung: „Es ist gut, die Patienten in einem strukturierten Tagesablauf zur Selbstständigkeit anzuhalten. Nur bei der *Medikamenteneinnahme* sollte die Gewährung der Selbstständigkeit mit einer gewissen Kontrolle gepaart sein). Dies deutet nochmals auf den Stellenwert von Medikamenten hin, da andere Therapiemöglichkeiten nicht einer „Kontrolle“ durch die Klinik unterliegen, sondern nurmehr durch Medikamente. Der Patient wird nicht daraufhin kontrolliert, ob er in der Ergotherapie das „leistet“, was er leisten soll. Man könnte dagegen halten, dass in diesen Therapiearten sehr wohl eine Kontrolle -

durch den anwesenden Therapeuten - erfolgt und die Kontrolle offensichtlicher ist durch die direkte Beobachtung der Patienten. Man kann quasi das „Resultat“ sehen (z.B. getöpferte Waren etc.). Jedoch muss man bedenken, dass beispielsweise in der Psychotherapie, obwohl Zielvereinbarung und eine gewisse Kontrollmöglichkeit bestehen, nicht in der Vehemenz kontrolliert wird wie bezüglich der Psychopharmaka (z. B. durch Kontrolle mit einer Urinabgabe etc.). Vielleicht weil man Psychotherapie nicht physiologisch messen kann? Aufgrund der in dieser Studie durchgeführten qualitativen Forschung muss jedoch davon ausgegangen werden, dass dies nicht das ausschlaggebende und bedeutsame Argument ist, sondern dass der Medikamentenbereich bei den Betroffenen als sehr sensibel gilt und deshalb von den Betroffenen ausführlich dargestellt wurde.

Aus den oben genannten Gründen bleibt die explizite Nennung von Medikamenten sowie Information als separater Bereich erhalten. Folgende Items im Bereich „Medikamente /Information“ werden jedoch der Verständlichkeit halber korrigiert bzw. angepasst:

Die **Überschrift „Medikamente/Information“** wird mit dem Bindewort „und“ versehen, um die beiden Bereiche besser unterscheiden zu können.

Item 51 „Wie gut wurden Sie über die Medikamente informiert?“ W 5.26 %, V 5.26 %, P 5.56 %, AS 94.74 % und AA 84.21 %, Item 52 „Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen der Medikamente informiert?“ W 5.26 %, V 0.00 %, P 11.11 %, AS 94.74 % und AA 84.21 %, und Item 53 „Wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente und deren Nebenwirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?“ W 31.58 %, V 0.00 %, P 0.00 %, AS 89.47 % und AA 78.95 %, bleiben aufgrund der Evaluationswerte erhalten. Folgende Anmerkungen bzw. Ergänzungen ergeben sich:

Eine Teilnehmerin fügte an, dass Item 51 und Item 52 mit Item 53 redundant ist. Dies ist nicht richtig: Item 51 (Wie gut wurden Sie über die Medikamente informiert?) und Item 52 (Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen der Medikamente informiert?) beinhalten die Information, während Item 53 (Wurden Sie über Ihre Medikamente und deren Nebenwirkungen so aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?) auf das Verständnis abzielt. Um das Verständnis zu erleichtern, wurde der Begriff „verstehen“ durch Kursivsetzung besonders betont.

Item 51 (Wie gut wurden Sie über die Medikamente informiert?): Ein Teilnehmer fügte an, dass es präziser wäre, wenn - auch hinsichtlich der nachfolgenden Frage zu den Nebenwirkungen der Medikamente - hier nach den Hauptwirkungen der Medikamente gefragt wird. Das Item wird abgeändert in: Wie gut wurden Sie über die Hauptwirkungen der Medikamente informiert? Dasselbe gilt für das Item 53, bei dem „Ihre Medikamente“ in „Hauptwirkungen Ihrer Medikamente“ ergänzt wurde. Da sich die Frage nach Verständlichkeit in den qualitativen Ergebnissen immer wieder findet und deshalb für die Patienten als wichtig eingestuft wird, bleibt das Item 53 trotz gering eingeschätzter Wichtigkeit erhalten.

Item 51 wird im Test-Fragebogen neu mit der Nummer 43, Item 52 mit der Nummer 44 und Item 53 mit der Nummer 45 versehen.

Item 54 „Wurden Ihnen Behandlungsalternativen angeboten?“ W 5.26 %, V 15.79 %, P 5.88 %, AS 89.47 %, AA 73.68 %, im Test-Fragebogen Item 46

Aufgrund des hohen Wichtigkeitswerts wird das Item mit einer Verständlichkeit von einem Grenzwert von 15.79 % im Test-Fragebogen belassen. Ein Teilnehmer fragte, wofür Behandlungsalternativen angeboten wurden. Eine genauere Beschreibung lieferte ein anderer Teilnehmer, der vorschlägt, die Behandlungsalternativen als Alternative zu den Medikamenten zu setzen. Das Item 54 wird dementsprechend ergänzt und lautet wie folgt: „Wurden Ihnen Behandlungsalternativen zu den Medikamenten und Wahlmöglichkeiten zu den Therapien angeboten?“

Item 56 „Wie gut wurden Sie über *Ihre Krankheit* (Früherkennung, Verlauf etc.) informiert und aufgeklärt?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 5.88 %, AS 89.47 %, AA 78.95 %, im Test-Fragebogen Item 47. Dieses Item zeichnet sich durch ein hohes Mass an Wichtigkeit, Verständlichkeit und Praxisrelevanz aus. Es wird in dieser Form belassen. Ein Teilnehmer fügte noch an, dass es „Krankheit und Diagnose“ heissen müsste. Da jedoch eine Information über die Krankheit bereits die Diagnose impliziert, ist dieser Einwand hinfällig.

Item 58 „Wurden Sie über Ihre Krankheit und ihre Auswirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?“ W 5.26 %, V 0.00 %, P 0.00 %, AS 84.21 %, AA 73.68 %, im Test-Fragebogen Item 48. Dieses Item wird in der Form belassen.

Item 59 „Wenn Sie gegen Ihren Willen behandelt wurden, hat Ihnen dann jemand verständlich erklärt, warum?“ wurde zwar hoch bewertet, ist jedoch redundant mit dem neu gebildeten Item 6.

Item 61 „Wenn Sie das Bedürfnis nach einem Gespräch hatten, war es leicht, jemand unter dem Behandlungsteam zu finden, der mit Ihnen über Ihre Sorgen und Bedenken sprach?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 0.00 %, AS 94.74 %, AA 36.84 %, im Test-Fragebogen Item 50. Dieses Item zeichnete sich durch hohe Wichtigkeit, hohe Verständlichkeit und hohe Praxisrelevanz aus und wird in dieser Form belassen.

Item 63 „Konnten Sie die Regeln der Hausordnung ohne Probleme akzeptieren?“ W 22.22 %, V 10.53 %, P 40 %, AS 94.74 %, AA 21.05 %. Das Item wurde mit einer Wichtigkeit von 22.22 % und einer geringen Praxisrelevanz von 40.00 % (!) geradezu „niedergeschmettert“. Der Grund hierfür könnte in der Annahme bestehen, dass Usus unter den Patienten sein muss, die Hausordnung zu erfüllen und dass man erst gar nicht die Regeln hinterfragt. Das Item wird gelöscht, obwohl es sich in der qualitativen Auswertung als sehr bedeutend herauskristallisiert hat.

Item 64 „Sind Sie während Ihres Aufenthaltes über Ihre Rechte und Pflichten in ausreichendem Masse aufgeklärt worden?“ W 0.00 %, V 5.88 %, P 5.88 %, AS 89.47 %, AA 36.84 %, im Test-Fragebogen Item 51. Das Item wird in dieser Form belassen.

Item 65 „Haben Sie das Gefühl, Sie wurden während Ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie mit Respekt und Würde behandelt?“ W 0.00 %, V 5.56 %, P 11.11 %, AS 94.74 %, AA 26.32 %, im Test-Fragebogen Item 52. Das Item wird in dieser Form belassen.

Item 67 „Wie gut finden Sie, hat das Behandlungsteam zusammengearbeitet?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 11.11 %, AS 94.74 %, AA 53.63 %, im Test-Fragebogen Item 53. Die hohe Wichtigkeit beweist den Stellenwert der „guten Zusammenarbeit“ des Behandlungsteams sowohl für Patienten als auch für das Behandlungsteam insgesamt. Zudem seien folgende Erläuterungen angebracht:

Ein Rechtschreibfehler wurde ausgebessert (Behandlungsteam anstatt Behandlungsteams). Der Begriff „zusammengearbeitet“ bedarf laut einem Teilnehmer einer Erläuterung. Da jedoch für alle anderen Evaluationspartner das Item - und dementsprechend auch das Verb „zusammenarbeiten“ - verständlich war, wurde der Begriff in dieser Form belassen.

Item 68 „Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt auf der offenen/halboffenen Abteilung genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?“ W 11.76 %, V 5.88 %, P 25.00 %, AS 78.95 %, AA 10.53 %. Das Item wird insofern belassen als dass die Beschreibung „auf der offenen/halboffenen Abteilung“ (und die Antwortkategorie „Ich war auf der geschlossenen Abteilung“) gelöscht wird. Nähere Ausführungen siehe das bereits erwähnte **Item 8**.

Item 70 „Wussten Sie, an wen Sie sich bei Problemen, Reklamationen oder Fragen wenden konnten?“, W 0.00 %, V 0.00 %, P 5.56 %, AS 94.74 %, AA 47.37 %, im Test-Fragebogen Item 55. Das Item wird in dieser Form belassen.

Das **Item 73** „Haben Sie das Schlussgespräch vor Klinikaustritt als hilfreich erlebt?“ W 0.00 %, V 5.26 %, P 11.11 %, AS 94.74 %, AA 36.84 % und **Item 74** „Wie gut wurden Sie auf die Entlassungssituation vorbereitet?“ W 0.00 %, V 5.88 %, P 5.88 %, AS 89.47 %, AA 21.05 %, sowie **Item 75** „War Ihre Nachbetreuung bei Ihrer Entlassung geregelt?“ W 0.00 %, V 5.88 %, P 6.67 %, AS 78.95 %, AA 21.05 %. Die Items wurden aufgrund ihrer guten bis sehr guten Werte in dieser Form belassen. Sie finden sich im Test-Fragebogen unter den Nummern 56 bis 58.

Item 76 „Wie beurteilen Sie Ihren Entlassungszeitpunkt aus der Psychiatrie?“ W 5.88 %, V 0.00 %, P 21.05 %, AS 94.74 %, AA 31.58 %, im Test-Fragebogen Item 59. Das Item wurde trotz des geringen Praxisrelevanzwertes von 21.05 % im Test-Fragebogen belassen, sozusagen aus „Forscherneugierde“. Der Entlassungszeitpunkt sollte - wie in der Praxis immer wieder betont wird - angemessen sein. Man darf gespannt sein, ob die Patienten sich hier kritisch äussern werden.

Item 77 „Wurden Ihrer Familie oder anderen Angehörigen vom Behandlungsteam ausreichend Informationen gegeben, um Sie in der Zeit nach der Entlassung unterstützen zu können?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 5.88 %, AS 89.47 %, AA 31.58 %, im Test-Fragebogen Item 60. Das Item wurde in dieser Form belassen.

Item 79 „Wussten Sie, wohin Sie sich bei einem Rückfall wenden können?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 0.00 %, AS 94.74 %, AA 63.13 %, im Test-Fragebogen Item 61. Das Item zeichnet sich durch eine sehr hohe Wichtigkeit, Verständlichkeit und Praxisrelevanz aus. Es wurde in dieser Form belassen.

Item 80 „Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf... Einrichtung, Matratzenqualität, Ablage- und Verstaumöglichkeiten von Eigentum, Sauberkeit, Privatsphäre, Ruhe“ W 0.00 %, V 5.56 %, P 5.56 %, AS 94.74 %, AA 5.26 %, im Test-Fragebogen Item 62, sowie das Item 81 „Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf... Auswahl, Vielfalt der Mahlzeiten, Geschmack der Mahlzeiten, Grösse der Portionen, Präsentation der Mahlzeiten, Temperatur der Mahlzeiten, Mahlzeitqualität insgesamt“ W 0.00 %, V 11.11 %, P 5.56 %, AS 94.74 %, AA 10.53 %, im Test-Fragebogen Item 63. Die Items wurden in der Form belassen. Folgende Anmerkungen seien angeführt:

Bei den drei Items 80, 81 und 83 fehlten laut einem Selbst-Betroffenen ein Bereich, in dem die Patienten ihre „Bemerkungen“ dazu anbringen können. Da jedoch die angegebenen Bereiche bereits sehr ausführlich dargestellt sind, würde die Möglichkeit einer offenen Frage in diesen drei Items den Rahmen des Fragebogens bei weitem übersteigen, v.a. weil dadurch die Anzahl der Fragen nochmals ansteigen würde. Zudem wird dem Umstand der freien Meinungsäusserung, d.i. Kommentarmöglichkeit, insofern Rechnung getragen, als dass der Patient im Item 91 „Wenn Sie sich noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es?“ Gelegenheit zum offenen Kommentar hat.

Item 81 „Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf...“ ist weiters laut einem Selbst-Betroffenen „sehr ausführlich“. Die orale Komponente spielt jedoch in Psychiatrien eine wichtige Komponente, wie auch die Gestalt „Wichtig, Essen und Wahlkostprogramm“ (G 17 mit dem Inhalt: Das Essen spielt eine wichtige Rolle für den Patienten. Ein Wahlkostprogramm wird allgemein für gut befunden) dokumentiert. Zudem sind in der heutigen Zeit quasi Hotelstandards in Spitäler gefragter denn je, der Patient wird zum Kunden und die Infrastruktur bzw. Hotellerie gewinnt immer mehr an Bedeutung. Dies wird auch ersichtlich, wenn im Mindestanforderungskatalog der schweizerischen Kommissionsstelle H+/santesuisse diese Bereiche empfohlen werden in der Bewertung von Patientenzufriedenheitsbefragungen in Psychiatrien.

Item 82 „Wenn Sie Raucher/in sind: Wie gut fanden Sie die Raucherecken in Bezug auf... Grösse, Sitzmöglichkeiten, Sauberkeit, Verfügbarkeit“ W 42.11 %, V 16.67 %, P 25.00 %, AS 89.47 %, AA 15.79 %, im Test-Fragebogen Item 64. Das Item wurde zwar schlecht bewertet, wird aber belassen. Der Grund liegt in dem in der Praxis immer wieder auftretenden Problem des Rauchens, vor allem in psychiatrischen Kliniken.

Der Hinweis von drei Teilnehmern bezüglich Einrichtung von Nichtrauchercken („Gleiche Frage für Nichtraucher“ und „Ich hatte ein Problem als Nichtraucherin, weil überall geraucht wurde.“) könnte insofern hinfällig sein, als dass in den - somatischen wie psychiatrischen - Spitälern Rauchverbot herrscht und dementsprechend Raucherecken eingerichtet werden (um das immense Bedürfnis nach Rauchen - v.a. in psychiatrischen Kliniken - zu erfüllen). Aus Gleichberechtigungsgründen wird jedoch der Test-Fragebogen um **das neue Item „Wenn Sie Nichtraucher/in sind: Fühlten Sie sich durch das Rauchen belästigt?“, im Test-Fragebogen Item 65**, ergänzt.

Item 83 „Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf... Sauberkeit der eigenen Dusche/Bad, Sauberkeit der Etagedusche/Bades, Verfügbarkeit der Etagedusche/Bades, Sauberkeit des eigenen WCs, Sauberkeit des Etagen-WCs, Verfügbarkeit des Etagen-WCs?“ W 5.56 %, V 11.11 %, P 0.00 %, AS 94.74 %, AA 10.53 %, im Test-Fragebogen Item 66. Das Item wurde in der Form belassen.

Item 86 „Haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes auf der Psychiatrie insgesamt beschützt und sicher aufgehoben gefühlt, auch im Falle eines Notfalles?“ W 0.00 %, V 11.11 %, P 11.76 %, AS 94.74 %, AA 21.05 %, im Test-Fragebogen Item 67. Das Item wurde in der Form belassen.

Item 88 „Wie würden Sie allgemein die Behandlung beurteilen, die Sie in der Psychiatrie erhalten haben?“ W 0.00 %, V 0.00 %, P 6.25 %, AS 94.74 %, AA 52.63 %, im Test-Fragebogen Item 68. Das Item wurde in der Form belassen.

Item 91 „Wenn Sie noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es?“ W 0.00 %, V 5.56 %, P 12.50 %, AS 89.47 %, AA 52.63 %, im Test-Fragebogen Item 69. Das Item wurde in der Form belassen.

Die Items 92 bis 99 dienen der Erhebung von soziodemografischen Daten. Item 92 (Geschlecht), Item 94 (Alter), Item 98 (Zivilstand) und Item 99 (Retest-Reliabilitätsbestimmung) wurden mit schwarzen Balken versehen.

Überraschend *gering sind die Evaluationswerte der soziodemografischen Daten*. Alle Items (92 bis 97) wurden sozusagen von den Evaluationsteilnehmern „abgelehnt“. Eine Ursache dafür könnte sein, dass der Fragebogen-Entwurf mit den 99 Items für die Evaluationsteil-

nehmer sehr lange war und die Konzentration entsprechend nachgelassen hat. Die „hintersten“ Items wurden nurmehr schnell „angekreuzt“. Für die statistische Auswertung sind die soziodemografischen Daten wertvoll und werden im Fragebogen belassen.

Folgende Änderungen wurden jedoch bezüglich der soziodemografischen Daten durchgeführt:

Item 93 „Wie würden Sie im allgemeinen Ihren Gesundheitszustand beurteilen?“: Ein Teilnehmer präzisiert den *Zeitpunkt des Gesundheitszustandes* mit „heutigen“. Dies ist vor allem im psychiatrischen Bereich, in dem es oftmals akute Krisen und Schübe gibt, gerechtfertigt und wird übernommen. Einschätzung des Gesundheitszustandes bzw. Stimmung oder Angabe der Diagnose erscheint in Patientenzufriedenheitsstudien üblich. Eysers et al. (1994) involvierten in ihre Patientenzufriedenheitsmessung bei Depressiven beispielsweise eine Selbstbeurteilung der Stimmung (Item: Wie ist Ihre momentane Stimmung?) mit siebenstufiger Likertskala; Ruggeri (1993) fragt ebenso in der VSSS (siehe auch Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente) die Teilnehmer mittels fünfstufiger Likertskala nach ihrem Gefühlslage ab (Item: How do you feel these days?).

7 Der Test-Fragebogen

Aus Gründen der Einfachheit, der Verständlichkeit, der Übersichtlichkeit und der Relevanz wird auf die HERLEITUNG der einzelnen Items erst im Pilot-Fragebogen (Pkt. 8 Der Pilot-Fragebogen) eingegangen.

Der Test-Fragebogen resultiert aus der Evaluation des Fragebogen-Entwurfes und den von den Evaluationsteilnehmern gemachten Ergänzungen, Korrekturen etc. (siehe Pkt. 6.2.1 Ausführungen zu den evaluierten Items). Er ist im **Anhang A 10** ersichtlich.

Auf der erste Seite des Test-Fragebogens wurde die Dissertationsstudie kurz beschrieben sowie den Testpatienten Information über die Dauer des Testinterviews (ca. eine Stunde) und die Vergütung in der Höhe von zehn Euro gegeben.

Zudem wurden folgende Punkte erwähnt:

- der vertrauliche und anonyme Umgang mit den Daten;
- die Aufforderung, zu jeder Frage alle Antwortmöglichkeiten durchzulesen;
- das Ankreuzen nur einer Antwort (Ausnahme Mehrfachantworten);
- der Bezug der Fragen auf die *jetzige Station des Aufenthaltes* sowie der Umstand, dass die Fragen zwar teilweise in der Vergangenheit geschrieben sind (da der Versand des Pilot-Fragebogens *nach dem stationären Aufenthalt* stattfindet), sich jedoch auf den *gegenwärtigen Aufenthalt* der Patienten beziehen (Ausnahme: Hotellerie- und Infrastrukturfragen wurden in der Gegenwart geschrieben);
- der Umstand, dass es keine falschen oder richtigen Antworten gibt.

Den Testpatienten wurde zudem auf der ersten Seite des Test-Fragebogens die Möglichkeit eingeräumt, mich bei Fragen direkt während des Interviewkontaktes zu kontaktieren. Ich war die ganze Zeit anwesend. Studien belegen zudem, dass - wenn es die Möglichkeit einer Informationsstelle bei Fragen gibt - diese von den Teilnehmern als sehr gut angesehen, jedoch nicht häufig in Anspruch genommen wird. Alleine die Tatsache, dass man die Möglichkeit zum Fragen hat, wirkt sich dabei auf die Teilnahmemotivation sehr positiv aus.

Da sich die Patienten gegenwärtig im stationären Aufenthalt befinden haben - und falls sie noch nie einen stationären Aufenthalt mit einer *Nachbetreuungssituation* erlebt haben - wurde die Ergänzung „Die Fragen nach der Nachbetreuung richten sich auf Ihren letzten Aufenthalt. Sollten Sie noch nie eine Nachbetreuung gehabt haben, lassen Sie diese Fragen bitte aus“ zum Abschnitt „Entlassung und Nachbetreuung“ dazugefügt.

Folgende Punkte aus dem Kurzfragebogen Patient/in, der in den Fokusgruppeninterviews mit Patienten eingesetzt wurde (siehe auch Anhang A 1) wurden der Vollständigkeit halber für Informationen über *die soziodemografischen Daten der Testinterviewpatienten* am Ende des Test-Fragebogens eingefügt bzw. korrigiert (Bereich: „Zu Ihrer Person“). Hauptsächlich werden Adaptionen bezüglich der Zeitform durchgeführt (z.B. „Ich bin in psychiatrischer Behandlung wegen...“ anstatt „Ich leide oder litt an...“):

- Item 73: „Ich bin auf folgender Station aufgenommen:_____“
- Item 74: Die Frage nach der Krankheit (Item 95 aus dem Evaluationsfragebogen) „Woran leiden oder litten Sie bzw. wegen welcher Krise wurden Sie eingeliefert?“ wird durch das im Kurzfragebogen verwendete Item (Item 6) „Ich bin in psychiatrischer

Behandlung wegen..." ersetzt. Es wurden der Verständlichkeit halber noch einige Beispiele für Krankheitsbilder in Klammer gesetzt.

- Item 75: Die Frage nach der Aufenthaltsdauer (Item 96 „Wie lange waren Sie beim letzten Aufenthalt in der Psychiatrie“) wird angepasst durch das Item 7 im Kurzfragebogen „Mein jetziger stationärer Aufenthalt beträgt...“.
- Das Item 9 im Kurzfragebogen („Ich war noch nie auf einer geschlossenen Station“) ist aus der Beantwortung im Test-Fragebogen ersichtlich und muss nicht separat gefragt werden.
- Item 78: Das Item 10 („Ich habe täglichen Kontakt mit den Mitpatienten“) wird aus dem Kurzfragebogen aus „wissenschaftlicher Neugier“ übernommen.
- Item 80 und 81: Zudem werden Fragen nach der Dauer des Ausfüllens („Finden Sie, dass der Fragebogen zu lange ist?) und dem Layout („Wie beurteilen Sie das Layout des Fragebogens, d.h. die Gestaltung des Fragebogens?) gestellt.

7.1.1 Probleme bei den zwei Versionen des Test-Fragebogens

Ursprünglich sollte der Test-Fragebogen *in zwei Versionen* getestet werden: Eine Version sollte die Items mit ihren Antwortmöglichkeiten beinhalten und zum Ankreuzen sein. Bei der zweiten Version sollten die Items angeführt werden ohne ihre Antwortmöglichkeiten, jedoch mit einer Bewertungsmöglichkeit. Die Untersuchungsidee war analog der Studie von Kolb et al. (2000), die Wichtigkeit und die Verständlichkeit der Items abzufragen. Ein Beispiel dafür wäre:

Item 4: „Hat man Ihnen bei der Zwangseinweisung geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?“

Diese Frage ist Ihrer Meinung nach:

Nicht wichtig ☐

Wichtig ☐

Sehr wichtig ☐

Verständlich ☐

Nicht verständlich ☐

Die Patienten hätten neben jedem Item die Wichtigkeit und Verständlichkeit des Items ankreuzen können. Eine Bewertung der Praxisrelevanz und der Anwendbarkeit wurde nicht durchgeführt, um die Patienten nicht zu überanstrengen. Aus diesem Grund wurden jeweils 15 Exemplare der ersten Version und der zweiten Version mitgenommen.

In der Praxis zeigte sich sehr rasch *die Problematik der zweiten Test-Fragebogen-Version*, d.i. die Bewertungsversion: Während die erste Patientengruppe die erste Version des Test-Fragebogens (ohne Bewertung) erhielt und keine grundsätzlichen Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen des Test-Fragebogens hatte, zeigte sich ein komplett anderes Bild in der anschließend befragten zweiten Patientengruppe:

Obwohl die Instruktion von mir langsam - mündlich und schriftlich auf der ersten Seite des Test-Fragebogens und mit einfachen Worten - erfolgte, war keiner der sieben Teilnehmer in der Lage, dieser Instruktion zu folgen. Die Teilnehmer verstanden nicht, was sie nun tun respektive ankreuzen sollen. Aus diesem Grund musste diese Bewertungsversion des Test-Fragebogens fallen gelassen werden. Es wurde den sieben Teilnehmern der zweiten Runde ebenfalls die erste Version des Fragebogens - d.h. Ankreuzen der Items bezüglich der Antwortmöglichkeiten - mit derselben Instruktion wie der ersten Testgruppe übergeben.

Mit der Instruktion und dem Ausfüllen dieser ersten Test-Fragebogen-Version hatte kein Teilnehmer der zweiten Patientengruppe Schwierigkeiten.

7.2 Ablauf der Testinterviews

7.2.1 Beschreibung der Testpatienten

Den bereits in dieser Studie interviewten Patienten des Gruppeninterviews wurde auf dem Kurzfragebogen die Möglichkeit einer Zustimmung zur Testung des evaluierten Fragebogens gegeben (Frage „Ich bin gerne bereit, den Pilot-Fragebogen in einem Interview zu testen“ mit den Antwortmöglichkeiten „Ja, bitte rufen Sie mich an unter Tel.____ /Nein“).

Es stellte sich jedoch in der Praxis heraus, dass es praktischer war, in der Klinik nochmals neue Patienten für ein Testinterview zu organisieren, als die früheren Patienten des Gruppeninterviews telefonisch und/oder schriftlich zu kontaktieren und sie für eine Teilnahme zum Interview und zu einem Kommen nach Innsbruck zu bewegen (alleine die Anreisezeiten bei einzelnen Teilnehmern hätte doppelt so lange wie das Ausfüllen des Testinterviews gebraucht). Ausserdem wurde durch diese Vorgehensweise erreicht, dass sich eine neue Stichprobe von Patienten ergab.

Die Patienten für das Testinterview wurden von der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck bereitgestellt. Die Test-Patienten mussten analog den Auswahlkriterien für die Gruppeninterviews folgende Voraussetzungen für das Testinterview erfüllen:

- Das Mindestalter des Patienten darf *18 Jahre* (Stichtag: 1. September) nicht unterschreiten.
- Der Patient muss *stationär* psychiatrisch behandelt worden sein. (Ein stationären Aufenthalt ist ein Aufenthalt ab 24 Stunden.)
- Der Patient befindet sich *im letzten Drittel seines Aufenthaltes* auf der Psychiatrie.
- Der Patient muss ein *allgemein gutes Zustandsbild* aufweisen, d.h. er ist konzentriert, wach, realistisch, zurechnungsfähig und sich seiner bewusst.
- Im Idealfall sind auch Patienten, die von einer geschlossenen in die offene Station gewechselt haben.
- Der Patient ist der deutschen Sprache mächtig.

Es ergaben sich insgesamt 22 Testpatienten.

7.2.2 Kontaktaufnahme mit den Testpatienten

Die Kontaktaufnahme erfolgte in der Psychiatrische Universitätsklinik Innsbruck durch die von Herrn Prof. Hinterhuber angegebene Kontaktfrau Frau Dr. Lechner, Psychiaterin auf der Abteilung II. Die Patienten der Psychiatrie 1 (Abteilung für affektive Störungen, Frauen 1), die die oben erwähnten Auswahlkriterien erfüllten, wurden direkt von ihr in meinem Beisein angesprochen und bezüglich eines Testinterviews am Nachmittag mit fixem Termin und Vergütung von zehn Euro angefragt. Neun angesprochene Patienten gaben ihre Zustimmung.

Als neue Kontaktperson wurde von Frau Dr. Lechner Herr Dr. Hausmann genannt, Chefarzt der Psychiatrie 2 (Abteilung für affektive und schizophrene Störungen; Frauen- und Männerstation 2). Nach Kontaktaufnahme mit Herrn Dr. Hausmann wurden von Dr. Wanke in meinem Beisein Patienten der Männerstation I, die die oben erwähnten Auswahlkriterien erfüllten, angesprochen. Es stellte sich heraus, dass viele der Patienten vormittags auf Therapie und deshalb abwesend waren.

Herr Dr. Wanke erklärte sich dankenswerterweise bereit, bis zum Interviewtermin am späteren Nachmittag die fehlenden Patienten zu kontaktieren. So konnten zusätzlich acht Patienten für ein zweites Testinterview gewonnen werden, wobei eine Patientin der zweiten Gruppe nach Erhalt des Test-Fragebogens diesen unausgefüllt abgab und meinte, dass sie mit allem zufrieden gewesen sei. D.h. es waren sieben Fragebogen in der zweiten Gruppe ausgefüllt brauchbar.

7.2.3 Untersuchungsablauf

Die Patienten erschienen zum vereinbarten Testinterviewtermin pünktlich im zur Verfügung gestellten Aufenthaltsraum der jeweiligen Abteilung.

Die Teilnahme war freiwillig, idealerweise fand das Testinterview - wie das Gruppeninterview - am Nachmittag nach den Therapiestunden und vor dem Abendessen, d.h. vor 16.00 Uhr statt. Insgesamt anwesend bei den beiden Testinterviews waren 17 Testpersonen, wobei eine Patientin dann doch nicht teilnahm. *Es ergaben sich 22 auswertbare Fragebogen.*

Vor Beginn des Testinterviews wurde allen Interviewteilnehmern für ihre Unterstützung gedankt und noch einmal ausführlich dargelegt, um was es in der Untersuchung geht. Auf die Anonymität der Daten und die Auswertung wurde verwiesen und die entsprechende Einverständniserklärung unterschrieben (siehe auch Anhang A 6).

Zudem wurden die auf der ersten Seite des Test-Fragebogens aufgelisteten Punkte (siehe Pkt. 7 Der Test-Fragebogen) erklärt, damit die Patienten nach den mündlichen Ausführungen sofort mit dem Testinterview auf der Folgeseite beginnen konnten. Auf die Dauer des Testinterviews von ca. einer Stunde sowie auf die Möglichkeit, während des Testinterviews direkt an mich Fragen zu stellen, wurde ebenfalls vor dem Austeilen des Test-Fragebogens verwiesen.

Die Vergütung von zehn Euro erhielten die Teilnehmer in bar nach Abgabe ihres Testinterviews und der Bestätigung über den Erhalt der Vergütung auf der Einverständniserklärung.

Es wurde darauf geachtet, dass der Untersuchungsablauf in Bezug auf die Durchführung der beiden Testinterviews objektiv ist, d.h. unabhängig von der Person des Anwenders. Aus diesem Grund wurde für beide Interviews dieselbe Instruktion und Vorgehensweise gewählt.

UNTERSUCHUNGSATMOSPHERE

Die Untersuchungsatmosphäre war bei beiden Testsituationen sehr positiv. Die insgesamt 22 Teilnehmer arbeiteten sehr konzentriert, ein Umstand, der mich auf das Äusserste erstaunte, vor allem aufgrund meines „Vorurteils“, dass sich die Gabe von Psychopharmaka (die meisten Patienten nahmen Medikamente, erkennbar am Item 42 „Sind Sie mit Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt worden?“ 20 Patienten wurden mit Medikamenten behandelt; 2 Patienten gaben keine Antwort bei diesem Item) hemmend auf die Konzentrationsfähigkeit auswirkt. Diese Annahme kommt auch nicht von ungefähr: Geringe Konzentrationsfähigkeit gilt als eine der üblichsten Nebenwirkungen bei verschiedenen Antidepressiva und Neuroleptika.

Nun denn: Ich wurde eines Besseren belehrt. Nurmehr eine Teilnehmerin hatte sehr grosse Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen des Test-Fragebogens. Dies war jedoch wahrscheinlich - neben Medikamenten - auch an ihrem Alter festzumachen: Sie ist 72 Jahre alt.

Diese für mich überraschende Konzentrationsfähigkeit der psychiatrischen Patienten wurde auch durch Nebengeräusche nicht gestört. Da sich aus praktischen Gründen (es mussten einige Tische und Stühle zum Ausfüllen des Test-Fragebogens vorhanden sein) nurmehr in beiden Fällen der Aufenthaltsraum eignete und dieser Aufenthaltsraum in beiden Abteilungen vollständig offen war gegenüber dem Gang, drangen beispielsweise folgende Geräusche zu uns:

- Pflegepersonal, das durch die Gänge am Aufenthaltsraum vorbeiging (teilweise mit Pfeifen, Reden, zuschlagenden Türen (es herrschte etwas Durchzugluft) etc.);
- Geräusche von Staubsaugern etc. (Putzlärm), da die Zimmer und Gänge am Nachmittag gereinigt wurden;
- Autolärm von aussen: Da die Luft auf beiden Abteilungen eher stickig war, öffneten die Teilnehmer jeweils ein Fenster. Dadurch konnte Strassenlärm (vorbeifahrende Autos, Hupen etc.) gehört werden.

Nochmals: Es war für mich sehr erstaunlich, wie sehr sich die Teilnehmer konzentrieren konnten, dies auch bezüglich des Einwandes von einigen Interviewteilnehmern und Evaluationspartnern, dass der Fragebogen mit 69 Items aufgrund der geringen Konzentrationsfähigkeit von psychiatrischen Patienten als zu lange empfunden wurde.

Zudem wurden die beiden Testinterviews von folgenden Unterbrechungen gestört, was jedoch der Konzentrationsfähigkeit der Teilnehmer keinen Abbruch tat:

- Eine Patientin der zweiten Gruppe hatte starke Blähungen und ging ab und zu auf den Gang, um sich Erleichterung zu verschaffen (für die anwesenden Teilnehmer war dies vermutlich bereits Gewohnheit, keiner der Anwesenden zeigte sich überrascht oder liess sich dadurch ablenken).
- Der Chefarzt der Männerstation sprach eine Teilnehmerin während des Interviews an und fragte, ob sie nach dem Testinterview für eine Vorlesung als Fallbeispiel „zur Verfügung stehen“ könne.
- Oftmaliges Reden eines schizophrenen Patienten der ersten Gruppe wurde von seiner Tischnachbarin mit der Aufforderung „Nun red nicht so laut und lange, ich kann mich ja gar nicht konzentrieren!“ quittiert, worauf sich der Teilnehmer wieder auf den Fragebogen konzentrierte.

Grund für diese hohe Motivation und Konzentrationsfähigkeit könnte meines Erachtens auch der Umstand einer Vergütung von zehn Euro gewesen sein. Eine Teilnehmerin bemerkte bei der Bezahlung der Teilnehmer: „Sie sind aber reich, dass Sie so viel Geld haben!“. Das Geld wurde erst *nach Abgabe des Testinterviews* ausbezahlt, was sich zudem positiv auf die Motivation ausgewirkt haben könnte. Dafür sprechen würde auch der Umstand, dass bei der ersten Kontaktaufnahme einige Patienten zuerst skeptisch und zurückhaltend waren, jedoch, als sie von der Vergütung hörten, für das Testinterview bereit waren.

Es muss sich zudem auf den Stationen herumgesprochen haben, dass ein Testinterview mit Vergütung stattfindet, da am Nachmittag nach dem Testinterview noch Patienten zu mir kamen und fragten, ob es „hier die zehn Euro zu verdienen“ gäbe.

Die Motivation dieser monetären Vergütung kam nochmals zum Vorschein, als ich die Teilnehmer beider Gruppen nach Abschluss des Testinterviews fragte, was für sie eine Motivation wäre, um den Fragebogen, den sie nach Hause zugesandt bekämen, ausgefüllt retourzuschicken. Die Teilnehmer waren sich einig, dass eine Bezahlung sich positiv auswirken würde. Eine Teilnehmerin bemerkte: „Erhöhen Sie den Betrag auf fünfzehn Euro und Sie werden den Fragebogen sicher zurückbekommen.“

Bevor man nun die finanzielle Belohnung als einzigen Motivator für die Teilnehmer sieht, muss Folgendes beachtet werden: Da die Erforschung von psychiatrischen Störungen gegenwärtig sehr stark betrieben wird, werden psychiatrische Patienten oftmals angefragt, ob

sie für Studien zur Verfügung stehen. Dies vor allem in Kliniken, die der Universität (Lehre und Forschung) sehr nahe stehen, wie dies bei der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck der Fall ist. Patienten werden oftmals gebeten, als Fallbeispiele in den Vorlesungen zu dienen oder an freiwilligen Studien teilzunehmen. Diese Teilnahmen finden im Normalfall ohne Vergütung statt, die Anzahl der psychiatrischen Patienten, die daran teilnehmen, ist auch immer sehr hoch. Die Teilnahme an einem Interview, welches monetär vergütet wird, erscheint unter diesem Gesichtspunkt als sehr motivierend.

Zudem darf der Umstand, dass stationäre psychiatrische Patienten aus eigenen „Sicherheitsgründen“ ein monatliches Taschengeld von durchschnittlich 50 Euro erhalten, nicht ausser acht gelassen werden. Die zehn Euro stellen somit einen grossen Betrag für psychiatrische Patienten dar.

7.3 Ergebnisse der Testinterviews

Die Ergebnisse der Testinterviews gliedern sich in die Darstellung der soziodemografischen Daten der Teilnehmer, die Ergebnisse über Zwangseinweisung, Aufenthalt in geschlossener Anstalt und Medikamenteneinnahme der Testpersonen, Information über Ausfülldauer, Länge und Layout des Fragebogens, gefolgt von den Ergänzungen, Anmerkungen und Korrekturen der Teilnehmer.

7.3.1 Soziodemografische Daten der Testpatienten

Folgende Tabelle (Tab. 6) stellt *die soziodemografischen Daten der 22 Teilnehmer* dar, die im Test-Fragebogen durch Item 70 „Sie sind: eine Frau, ein Mann“, Item 71 „Wie würden Sie im allgemeinen Ihren heutigen Gesundheitszustand beurteilen?“, Item 72 „Wie alt sind Sie?“, Item 73 „Ich bin auf folgender Station aufgenommen“, Item 74 „Ich bin in psychiatrischer Behandlung wegen...“, Item 75 „Mein jetziger stationärer Aufenthalt beträgt...“, Item 76 „Sind Sie in den letzten Monaten schon einmal psychiatrisch behandelt worden?“, Item 77 „Wie ist Ihr Zivilstand?“ und Item 78 „Ich habe täglichen Kontakt mit Mitpatienten...“ abgefragt wurden:

Tab. 6 Soziodemografische Daten der befragten Testinterview-Patienten

TP	Geschlecht (I 70)	Gesundheits- zustand (I 71)	Alter (I 72)	Station (I 73)	Diagnose (I 74)	Dauer stat. Auf- enthalt (I 75)	Eintritt in den letzten 12 Mo. (I 76)	Zivilstand (I 77)	Täglicher Kontakt mit Mitpatient (I 78)
1	m	3	37	Psych1	2	k.A.	3	1	k.A.
2	w	2	29	Psych1	2	4	2	1	3
3	w	3	58	Psych1	2	4	2	2	3
4	w	3	48	Psych1	2	4	3	2	1
5	w	1	20	Psych1	2	4 (5 Monate)	3	verlobt	3
6	w	3	42	Psych1	2	3	2	LG*	1
7	m	1	54	Psych1	2, 6	3	3	3	2
8	w	3	54	Psych1	9 (Schlafst.)	k.A.	2	4	2
9	m	2	56	Psych1	2	4	2	2	3
10	m	3	36	Psych2	1, 2, 5, 6	1	3	1	2
11	m	2	53	Psych2	3, 5, 7	1	1	verlobt	1
12	w	2	42	Psych2	2	4	2	2	3
13	w	3	72	Psych2	2	2	3	2	2
14	m	1	41	Psych2	2	4	1	2	2
15	m	2	40	Psych2	2	3	1	2	2
16	w	1	70	Psych2	2	4	3	1	2
17	w	3	46	Psych2	2	k.A.	2	3	k.A.
18	w	3	35	k.A.	4	1	3	k.A.	3
19	w	1	45	Psych2	4	3	3	1	1
20	m	4	58	Psych2	2, 6	1	2	3	3
21	m	3	32	Psych2	4	4	3	1	3
22	m	3	58	Psych2	9 (Suizid)	4	3	2	2

Legende:

k.A.....	keine Angabe
LG*.....	Lebensgemeinschaft
I.....	Item im Test-Fragebogen (mit Angabe der Nummer, z.B. I 75 = Itemnummer 75 im Test-Fragebogen)
TP	Testinterviewpartner, die Nummerierung der Interviewpartner spiegelt keine Reihenfolge wider, sondern ist zufällig
Geschlecht.....	m = männlich; w = weiblich
Gesundheitszustand.....	1 = Sehr gut; 2 = Gut; 3 = Mittelmässig; 4 = Schlecht; 5 = Sehr schlecht
Alter	in Jahren
Station.....	Psych1 = Psychiatrie 1 (= Abteilung für affektive Störungen, Frauen 1); Psych2 = Psychiatrie 2 (Abteilung für affektive Störungen und schizophrene Störungen; Frauen- und Männerstation 2)
Diagnose.....	1 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; 2 = affektive Störungen; 3 = organische Störungen; 4 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; 5 = Psychosomatik, Neurosen; 6 = Suchtproblematik; 7 = Sexualstörungen; 8 = altersspezifische Störungen (Demenz etc.); 9 = anderes
Dauer stat. Aufenthalt.....	1 = 0-5 Tage; 2 = 6-14 Tage; 3 = 15-21 Tage; 4 = mehr als 3 Wochen
Eintritt in den letzten 6 Mo	1 = einmal [ins psychiatrische Spital eingetreten]; 2 = mehr als einmal [ins psychiatrische Spital eingetreten]
Zivilstand.....	1 = Single; 2 = Verheiratet; 3 = Geschieden; 4 = Getrennt lebend; 5 = Verwitwet
Kontakt mit Mitpatienten	1 = 1-4 Stunden; 2 = 5-7 Stunden; 3 = den ganzen Tag

Die Verteilung der Geschlechter war ungefähr gleich: zehn Männer und zwölf Frauen. Dies bestätigt die Geschlechterverteilung bei affektiven bzw. schizophrenen Störungen: Bei diesen Störungen sind Frauen wie Männer gleichermassen betroffen. Es gibt keine Dominanz eines Geschlechtes.

Das durchschnittliche Alter der Testpatienten liegt bei 46.6 Jahren; die Diagnosen stammen meist aus dem Bereich der affektiven Störungen und schizophrenen Störungen. Dies ist begründet durch die Testung in den beiden Stationen der affektiven bzw. schizophrenen Störungen. Es wäre eine bessere Durchmischung der Patienten hinsichtlich der Diagnosearten wünschenswert gewesen, was jedoch in der Praxis nicht möglich gewesen ist.

Bezüglich der Aufenthaltsdauer dominierte auch ein längerer Aufenthalt von mehr als drei Wochen, was ebenfalls bei diesen Diagnosen nicht auffällig ist.

Ergebnis über eine Zwangseinweisung, einen Aufenthalt in einer geschlossener Anstalt und der Medikamenteneinnahmen der Testpersonen

Das Item 2 „Waren Sie freiwillig in der Psychiatrie oder wurden Sie zwangseingewiesen?“, Item 8 „Waren Sie bei diesem Aufenthalt auf einer geschlossenen Abteilung?“ und Item 42 „Sind Sie mit Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt worden?“ stellen eine zusätzliche Information über die Testpatienten dar und werden in der Tab. 7 aufgelistet.

Alle drei Items stellen direkte Filterfragen dar, d.h. sie sind bei einer Antwortmöglichkeit mit der Aufforderung „Gehen Sie weiter zur Frage X“ verbunden. *Wenn der Testpatient dieser Aufforderung nicht Folge geleistet hat, ist dies mit einem Stern (*) in der Tab. 7 versehen.*

Tab. 7 Details über Zwangseinweisung, Aufenthalt in einer geschlossenen Abteilung und Medikamenteneinnahme der Testpatienten

TP	Zwangseinweisung (Item 2)	Aufenthalt in geschl. Abteilung (Item 8)	Gabe von Medikamenten (Item 42)
1	1	1	1
2	2	2	1
3	2	2	1
4	2	2	1
5	1	1	1
6	2	1	1
7	2*	2	1
8	2	1	1
9	1	1	1
10	2	1	1
11	2	1*	1
12	2	2	1
13	2*	1*	k.A.
14	1	1	1
15	1	1	1
16	2*	1	1
17	2	k.A.	k.A.
18	2*	2	1
19	2	1	1
20	2*	1	1
21	1	1	1
22	2	2	1

Legende:

* Wenn der Testpatient der Filteraufforderung „Gehen Sie zu Frage X“ nicht Folge geleistet hat, ist dies mit einem Stern (*) versehen.

k.A. keine Angabe

TP Testinterviewpartner, die Nummerierung der Testpartner ist ident mit der Nummerierung in der Tabelle 8

Zwangseinweisung 1 = Zwangseingewiesen; 2 = Freiwillig

Aufenthalt in geschl. Abteilung Aufenthalt in geschlossener Abteilung: 1 = Ja; 2 = Nein.

Gabe von Medikamenten 1 = Ja; 2 = Nein

Es wurde darauf geachtet, dass auch Patienten mit der Erfahrung einer Zwangseinweisung und eines Aufenthaltes in einer geschlossenen Abteilung in den Testinterviews enthalten sind, um diese Bereiche im Test-Fragebogen zu überprüfen. Insgesamt macht der Prozentsatz von zwangseingewiesenen Patienten im Testinterview 27 % aus, der Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung 63 %, was durchaus der gängigen Praxis entspricht. Auch die mehrheitliche Gabe von Medikamenten (bei allen Testpatienten ausser zwei Testpatienten mit keiner Angabe) entspricht der schulmedizinischen Behandlungsweise.

Siebenmal wurde die Filterfrage nicht korrekt verstanden; ein Umstand, der zur Korrektur der Filteraufforderung (siehe Pkt. 7.3.2 Anmerkungen, Korrekturen, Ergänzungen des Test-Fragebogens) geführt hat.

Ergebnis über die Dauer, die Länge und das Layout des Test-Fragebogens

Das Item 79 „Wie lange brauchten Sie, um diesen Fragebogen auszufüllen?“, Item 80 „Finden Sie, dass der Fragebogen zu lange ist?“ und Item 81 „Wie beurteilen Sie das Layout des Fragebogens, d.h. die Gestaltung dieses Fragebogens?“ sind in der nun folgenden Tabelle (Tab. 8) aufgelistet:

Tab. 8 Details über Dauer, Länge und Layout des Test-Fragebogens im Testinterview

TP	Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens (Item 79)	Länge des Fragebogens (Item 80)	Layout des Fragebogens (Item 81)
1	1	3	2
2	1	3	1
3	1	3	1
4	1	3	1
5	1	3	1
6	1	1	2
7	1	3	2
8	1	3	2
9	1	2	1
10	1	3	2
11	1	3	1
12	1	3	1
13	4	2	3
14	1	3	2
15	1	3	2
16	2	3	2
17	k.A.	1	3
18	1	3	3
19	1	3	1
20	1	3	1
21	2	3	1
22	2	3	2

Legende:

k.A..... keine Angabe

TP Testinterviewpartner, die Nummerierung der Testpartner ist ident mit Tab. 7

Zeit zum Ausfüllen des FBs..... 1 = 30-40 Minuten; 2 = 40-50 Minuten; 3 = 50-60 Minuten; 4 = länger.

Länge des Fragebogens..... 1 = Ja, völlig [zu lang]; 2 = Ja, einigermaßen [zu lang]; 3 = Nein [nicht zu lang]

Layout des Fragebogens..... 1 = Sehr gut; 2 = Gut; 3 = Mittelmässig; 4 = Schlecht; 5 = Sehr schlecht.

Die unter Item 79 von den Teilnehmern angekreuzten Zeiten stimmten mit den Abgabezeiten überein. Die Abgabezeiten variierten im ersten Testinterview von 35 Minuten bis 41 Minuten, im zweiten Testinterview von 30 Minuten bis 35 Minuten mit einer Ausnahme: Testperson 4 brauchte länger als eine Stunde, um den Test-Fragebogen auszufüllen. Der Grund liegt wahrscheinlich einerseits im Alter (72 Jahre), andererseits in der oftmals beobachteten geistigen Abwesenheit der Patientin. Testperson 9 kreuzte zwar die Kategorie 4 (länger) an, dies entsprach aber nicht seiner real gebrauchten Zeit von 35 Minuten. Es könnte sein, dass der Teilnehmer die Frage „verkehrt“ verstand (er ist der deutschen Sprache zwar mächtig, hatte jedoch bei ca. fünf Fragen Begriffschwierigkeiten). Deshalb wurde wegen der tatsächlich gebrauchten Zeit die Kategorie „1“ eingesetzt.

Somit liegen - bis auf Testperson Testperson 4 - Ergebnisse vor, die den Einwänden der Interviewpartner und Evaluationspartner widersprechen (siehe auch Pkt. 9.4 Ergebnisse der Pilotstudie): *Psychiatrische Patienten waren in der Lage, konzentriert und mit einer durchschnittlichen Zeit von 40 Minuten (Durchschnitt der tatsächlich gebrauchten Zeit der Teilnehmer; Testperson 4 ausgenommen) den Test-Fragebogen mit einem Gesamtumfang von 81 Items auszufüllen.* Dies ist als sehr positiv hinsichtlich der Länge meines Fragebogens zu bewerten und bestätigte mich, den richtigen Weg zu gehen, indem verschiedenste Bereiche detailliert abgefragt werden.

Die 22 psychiatrischen Patienten der beiden Testgruppen waren nicht mit dem Test-Fragebogen überfordert, weder bezüglich des Umfanges noch bezüglich der Konzentrationsfähigkeit.

7.3.2 Anmerkungen, Korrekturen, Ergänzungen des Test-Fragebogens

Die Anmerkungen, Korrekturen und Ergänzungen stammen von direkt während den beiden Testinterviews gemachten Äusserungen der Testpatienten. Sie wurden von mir direkt zum betroffenen Item auf einem Exemplar des Test-Fragebogens vermerkt. Folgende Korrekturen sind notwendig:

- Korrektur FILTERFRAGEN

Die direkten Filterfragen (d.s. Items mit der Aufforderung „Gehen Sie zur Frage X“) waren für viele Patienten nicht klar erkennbar. Insgesamt ergab sich bei sieben Teilnehmern die Frage, was hier zu tun sei. D.h. die Aufforderung, nachfolgende Fragen herauszufiltern und zu einer bestimmten Itemnummer zu gehen, muss für die Patienten klarer herausgearbeitet werden.

Dies geschieht durch die Verwendung von Grossbuchstaben sowie das Setzen eines Zeilenabstandes zur vorherigen Antwortmöglichkeit. Zudem wird auf der ersten Seite des Pilot-Fragebogens beim Punkt „Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen folgende Punkte“ folgende Erklärung angebracht: „Bei einigen Antworten steht neben dem Antwortkästchen der Satz: „Gehen Sie weiter zur Frage...“. Bitte überspringen Sie dann die nachfolgenden Fragen und gehen Sie weiter zu der angegebenen Fragenummer“.

- **Korrektur ITEM 6 "Wurden diese Massnahmen zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihnen nachbesprochen?"**

Im Item 6 werden die „Massnahmen“ besser definiert mit „die in der Frage 5 aufgelisteten Massnahmen“.

- **Korrektur ITEM 12 „Wie organisiert war das Aufnahmeverfahren?“**

Beim Item 12 wurde vergessen, bei der Antwortmöglichkeit 4 (Hatte Zwangseinweisung) einen direkten Filter zu setzen, d.h. wenn der Patient zwangseingewiesen wurde, wird er die Fragen 13 und 14 nicht beantworten können. Aus diesem Grund wird bei der Antwortkategorie „Hatte Zwangseinweisung“ der Filter „Gehen Sie weiter zur Frage 15“ gesetzt sowie die Antwortkategorie geändert in „Ich hatte Zwangseinweisung“.

- **Explizite Bestätigungen der Items 15 und 20 (Item 15 „Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der/die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig war?“, Item 20 „Gab es bestimmte Pflegepersonen, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?“)**

Die Items beinhalten die Frage, ob es einen bestimmten Arzt oder bestimmte Pflegepersonen, die für den Patienten die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren, gegeben habe. Die Antworten der Testpatienten pendeln ausschliesslich von „Ich bin mir nicht sicher“ zu „Nein“ und „Ich hatte mehrere Arztwechsel/Pflegepersonalwechsel.“

Das Problem, welches sich hier in der Praxis zeigt, ist, dass an der PUK Innsbruck alle drei Tage die Pflegepersonen wechseln und auch der Arztwechsel durch beispielsweise Turnusarztwechsel ziemlich hoch ist. Die Testpatienten bemerkten dazu: „Bei einer Visite sind immer mehrere Ärzte für mich zuständig“ und „Gerade wenn ich mich an die Pflegeperson gewöhnt hätte, wechselt sie“.

Diese Bemerkungen bestätigen nochmals die in der qualitativen Phase unter der Hypergestalt „Wichtig für Patienten“ (Pkt. 5.6.2 Die Hypergestalten) herausgekommenen Ergebnisse der Bedeutung der Betreuungskontinuität. Das bedeutet, dass ein Arzt- oder Personalwechsel von den Patienten als Problem aufgefasst wird. Somit kann die Antwortkategorien „Ich hatte mehrere Wechsel“ als Problembereich aufgefasst werden. Die Antwortkategorie „Nein“ kann mit der Kategorie „Ich hatte mehrere Wechsel“ verbunden werden und lautet neu: „Nein, ich hatte mehrere Arztwechsel.“

- **Korrektur Item 27 „Finden Sie, dass Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausreichend ausleben konnten?“**

Mit dem Item 27 hatten mehr als die Hälfte der Testpatienten Verständnisschwierigkeiten. Sie wussten nicht, was damit gemeint war. Da dieses Item jedoch von besonderem Forschungsinteresse ist (siehe auch G 54, Pkt. 5.6.1 Die Gestalten), wird es im Pilot-Fragebogen belassen mit folgender Änderung: „Durften Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausleben, indem Sie z.B. nicht sofort Medikamente bekamen?“

- **Korrektur Item 31 „Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?“**

Hier bemerkten sieben Teilnehmer des Testrunde, dass die Antwortkategorie „Ich hatte keinen körperlichen Entzug“ fehlt. Dies wird nachgeholt.

- **Item 34 „Wie hilfreich fanden Sie folgende Therapieformen?“**

Acht der Testpatienten hatten Schwierigkeiten mit dem Ankreuzen bezüglich der verschiedenen Therapieformen. Die Antwortmöglichkeiten werden im Pilot-Fragebogen in Tabellenform dargestellt, um eine eindeutige Zuordnung der Therapiemöglichkeiten zu den Antworten zu gewährleisten. Zudem wurden die Abstände zwischen den Therapiemöglichkeiten vergrößert. Die Tabellenform schaut wie folgt aus (Tab. 9):

Tab. 9 Neue Fassung des Items „Wie hilfreich fanden Sie folgende Therapieformen?“

	--	-	0	+	++	Nicht gehabt	Nicht angeboten
Einzeltherapie mit <u>Psychiater</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzeltherapie mit <u>Psychologe</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmakotherapie (Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergo- und Gestaltungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musiktherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreativtherapie (z.B. Töpfern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsrehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Therapiemöglichkeit „Arbeitsrehabilitation“ wurde aufgrund der Nachfrage von drei Teilnehmern durch den in Klammer gesetzten Zusatz „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ näher erläutert. Zusätzlich wird unter „Andere“ die Möglichkeit eingeräumt, nicht aufgelistete Therapieformen zu ergänzen.

Diese übersichtlichere Tabellenform wurde ebenfalls in den Items 62, 63, 63 und 66 (Hotellerie- und Infrastrukturfragen) angewandt.

- **Korrektur Item 43 „Wie gut wurden Sie über die Medikamente informiert?“ und „Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen der Medikamente informiert?“**

Eine Evaluationsteilnehmerin bemerkte noch, dass es bezüglich des Verständnisses besser wäre, den Begriff „Ihr Medikament“ einzusetzen. Dies wird als sinnvoll empfunden und entsprechend bei beiden Items korrigiert.

- **Korrektur Item 56 „Haben Sie das Schlussgespräch vor Klinikaustritt als hilfreich erlebt?“**

Hier fehlt die Antwortkategorie „Ich wollte kein Schlussgespräch“, was somit nachgeholt wird.

- **Korrektur Item 58 „War Ihre Nachbetreuung bei Ihrer Entlassung geregelt?“**

Hier fehlt die Antwortkategorie „Ich wollte keine Nachbetreuung“, was somit nachgeholt wird.

- **Item 64 „Wenn Sie Raucher/in sind: Wie gut fanden Sie die Raucherecken in Bezug auf...“**

Hier fehlt eine vorgängige Filterfrage mit „Sind Sie Raucher/in?“, was somit als Item 64 nachgeholt wird. Ergänzt wird zudem das Item 65 (nunmehr: Item 66) mit der Antwortkategorie 4 „Ich bin Raucher/in“.

- **Bei Items**, die als Antwortkategorie die Verneinung des Items bilden, wurde diese Antwortkategorie, analog dem Zürcher Fragebogen ZFB in „Betrifft mich nicht“ umgewandelt (z.B. „Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt? Anstatt „Ich hatte keine körperliche Beschwerden“ die Kategorie „Betrifft mich nicht“ hergenommen).

- **Soziodemografische Daten „Zu Ihrer Person“**

Folgendes Item bezüglich soziodemografischer Daten und/oder klinischer Informationen über den Aufenthalt kann gelöscht werden, da es nur für den Test-Fragebogen von Bedeutung waren: *Item 73 „Ich bin auf folgender Station in der Psychiatrie aufgenommen.“*.

Die soziodemografischen Daten Geschlecht (Item 70), Alter (Item 72), Diagnose (Item 74), und Gesamtaufenthalt (Item 75) werden *in einer separaten Version nur bei den Patientenvertretungsorganisationen abgefragt*. Bei den Spitälern (PUK Basel, PUK Innsbruck) werden diese Daten vom Spital direkt an die Doktorandin anonym mittels einer Excel-Datenbank (siehe methodischer Teil dieser Studie) übermittelt. Diese Daten brauchen nicht im Fragebogen abgefragt zu werden. Zudem wird der Fragebogen auch nicht „künstlich“ verlängert, sondern beschränkt sich auf ein Minimum an Fragen.

- **Item 77 „Wie ist Ihr Zivilstand?“**

Hier fehlt die Antwortkategorie „Lebensgemeinschaft“, was somit als zweite Antwortkategorie nachgeholt wird. Der Zivilstand „Verlobt“ fällt auch unter diese Kategorie.

- **Item 78 „Ich hatte/habe täglichen Kontakt mit den Mitpatienten.“**

Dieses Item wird im Pilot-Fragebogen gelöscht, da die daraus gewonnene Information zu wenig Bedeutung für eine weitere Forschungsfrage hätte. Es müsste der gesamte Bereich „Konflikte mit Mitpatienten“ angesprochen werden. Die dazupassende Frage „Gab es mit Mitpatienten Konfliktsituationen, die Sie belasteten?“ wurde in der Evaluation als zu gering bewertet, um in den Test-Fragebogen einfließen zu können. Aus diesem Grund ist auch eine Frage nach dem täglichen Kontakt mit den Mitpatienten nicht relevant und hätte an und für sich bereits im Test-Fragebogen ausgegliedert werden können.

Da der Pilotfragebogen sowohl bei den beiden teilnehmenden Kliniken als auch von Selbstbetroffenen eingesetzt wird, wird bei der **Version des Pilotfragebogens für die Selbstbetroffenen** noch die Fragen nach der Selbsthilforganisation (Item 80 „Durch welche Selbsthilfeorganisation haben Sie diesen Fragebogen bekommen?“, die Frage nach der Klinik (Item 84 „Die Klinik war ein/eine Universitätsklinik/-spital; Kantonsspital/Landeskh, Anderes im Kanton/Bundesland:___ Name der Klinik:___“), die Frage nach dem letzten Aufenthalt in einer Psychiatrie (Item 85 „Mein letzter stationärer Aufenthalt in einer Psychiatrie betrug... und war vor...“) sowie dem Item nach der Anzahl an stationären Aufenthalten (Item 86 „Wie oft waren Sie schon in einer psychiatrischen Klinik mit stationärem Aufenthalt?“) ergänzt.

- **Items 79 und 80 „Wie lange brauchten Sie, um diesen Fragebogen auszufüllen?“, „Finden Sie, dass der Fragebogen zu lange ist?“**

Diese Items bleiben im Pilot-Fragebogen erhalten.

- **Layout des Fragebogens**

Da das Layout des Test-Fragebogens auch für den Grossteil der Testpatienten als „gut“ bis „sehr gut“ beurteilt wurde, bleibt der Pilot-Fragebogen im Layout des Test-Fragebogens bestehen. Die einzige Änderung findet bezüglich der Symbole der Antwortkästchen statt. Hier wird anstelle des bisherigen Zeichens Symbol 61567 (☐) das optisch grössere Zeichen Wingdings2 61603 (☐) verwendet.

Zudem wurden in einigen Antwortkategorien das bisher fehlende Füllzeichen „.....“ ergänzt und die Antwortkategorien untereinander geschrieben, um ein einheitlicheres und übersichtlicheres Bild zu gewährleisten.

- **Offene Frage** „Wenn Sie sich noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es?“ wird aufgrund eines später eingelangten Vorschlages eines Evaluations-
teilnehmers noch ergänzt mit „Anders ausgedrückt: Was sollte sich auf keinen Fall
wiederholen oder mit was waren Sie unzufrieden?“ Hier soll - fast zum Schluss des
Fragebogens - zum ersten Mal der Begriff der „Unzufriedenheit“ vorkommen, um die
Patienten zu Vorschlägen und Korrekturen zu „animieren“.

- **Weiterempfehlungsfrage**

Obwohl die Weiterempfehlungsfrage „Würden Sie dieses Spital Ihrer Familie und Freunden weiterempfehlen?“ bei der Evaluation (Item 89) als gering eingestuft wurde und deshalb auch im Test-Fragebogen nicht verwendet wurde, soll dieses Item im Pilot-Fragebogen aufgeführt werden. Der Grund liegt einfach in der Praxisrelevanz, d.h. aufgrund der Arbeitstätigkeit als Projektleiterin bei Patientenbefragungen stellte sich diese Frage als sehr bedeutend für die Spitalleitung dar. Das Item fällt unter den Bereich „Gesamteindruck“ und wird **als Item 70** mit den Antwortkategorien „Ja, ganz sicher“, „Ja, wahrscheinlich“ und „Nein“ im Pilot-Fragebogen eingeführt.

- **Bewertung des Fragebogens**

Am Schluss des Fragebogens soll der Fragebogen selbst von den Patienten beurteilt werden. Dies geschieht durch das – neu eingefügte – Item „Wie gut finden Sie, dass dieser Fragebogen Ihre Erfahrung zu Ihrem stationären psychiatrischen Aufenthalt abgedeckt hat?“ mit den Bewertungsmöglichkeiten „Sehr Gut“, „Gut“, „Mittelmässig“, „Schlecht“, „Sehr schlecht“. Die dadurch gewonnen Informationen dienen ebenfalls einer Evaluation des Pilot-Fragebogens.

- **Ende des Fragebogens**

Das Ende des Fragebogens wird anschliessend an das letzte Item angeführt. Der Wortlaut lautet „E N D E“.

8 Der Pilot-Fragebogen

8.1 Die Items und deren Herleitung

Die Items wurden aus dem Forschungsstand, den bestehenden Fragebögen und den Ergebnissen der qualitativen Phase meiner Studie gebildet. Zudem wurden alle hier aufgelisteten Items durch die vorherige Evaluation und Testinterviews bestätigt.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Relevanz werde ich nur auf die Herleitung derjenigen Items eingehen, die durch die Evaluation und Testung bestätigt wurden.

Die Items des Pilot-Fragebogens und deren Herleitung bzw. Quelle befinden sich in folgender Tabelle (Tab. 10). Als Quelle werden die qualitativen Ergebnisse in der vorliegenden Studie hergenommen und/oder auf analoge Studien in den Punkten dieser Arbeit verwiesen. Dabei dürfen die Quellen nicht als „non plus ultra“ gesehen werden, sondern bilden eher Anhaltspunkte für die Item-Entstehung. Bezüglich der qualitativen Ergebnisse können die Gestalten als auch Hypergestalten aufgeführt sein.

Die Items des Pilot-Fragebogens werden in der Pilotstudie statistisch überprüft.

Der Pilot-Fragebogen befindet sich im **Anhang A 11**. Die erste Seite (Anredeseite) unterscheidet sich dabei bezüglich der beiden Universitätskliniken für Psychiatrie und den psychiatrische Selbstbetroffenen, ebenso wie die Fragen zur Soziodemographie.

Die zwei Versionen ergeben sich durch eine Befragung von Psychiatrieerfahrenen in den Selbsthilfeorganisationen (SHO) und durch eine Befragung der Patienten der psychiatrischen Universitätskliniken Innsbruck und Basel. Während bei letzteren die soziodemografischen und medizinischen Daten direkt (anonymisiert) vom Spital stammen, werden diese Daten bei den Selbstbetroffenen im Pilot-Fragebogen abgefragt.

Der Basisteil des Pilot-Fragebogens (Item 1 bis inklusive Item 78) ist bei beiden Versionen identisch; Unterschiede gibt es nur hinsichtlich des Fragenblocks „Zu Ihrer Person“ (Item 79 bis Item 91 bei der Version für die Selbsthilfeorganisationen, Item 79 bis Item 89 bei der Version für die beiden psychiatrischen Universitätskliniken).

In folgender Tabelle ist aus diesem Grund der Basisteil mit 78 Items aufgeführt.

Tab. 10 Items des Pilot-Fragebogens und deren Herleitung

Nr.	ITEMTEXT	QUELLE
1	Sind Sie wegen einer akuten psychischen Krise eingetreten oder war Ihr Aufenthalt im Voraus geplant?	Pkt. 3.5.10.2 Zwangseinweisung und Zwangsmassnahmen Zwangsbehandlungen, Kritikanteil, nach Entlassung und Fragebögen (G 4)
2	Waren Sie freiwillig in der Psychiatrie oder wurden Sie zwangseingewiesen (= fürsorglicher Freiheitsentzug FFE)?	Filterfrage
3	Hat man Sie bei der Zwangseinweisung/FFE über Ihre Rechte (zum Beispiel Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?	Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PoC-18, KY-CSI)
4	Hat man Ihnen bei der Zwangseinweisung/FFE geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?	Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (VSSS)
5	Wurde während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? (<u>Mehrfachantworten</u> möglich)	Fremdgefährdung, Selbstgefährdung, Konflikte, Zwangsmedikation Spritzen, Suizid, Sicherheitsvorkehrungen und Sanitär (G 53) Pkt. 3.5.10.2 Zwangseinweisung und Zwangsmassnahmen
6	Wurden die in der Frage 5 aufgelisteten Massnahmen zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihnen nachbesprochen?	Pkt. 3.5.10.2 Zwangseinweisung und Zwangsmassnahmen Pkt. 3.5.3 Compliance und Einbezug des Patienten
7	Wären diese Massnahmen Ihrer Meinung nach zu verhindern gewesen?	Pkt. 3.5.10.2 Zwangseinweisung und Zwangsmassnahmen
8	Waren Sie beim letzten Aufenthalt auf einer geschlossenen Abteilung?	Filterfrage
9	Hat man Sie auf der geschlossenen Abteilung über Ihre Rechte (z.B. Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?	Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PoC-18, KY-CSI)
10	Hat man Ihnen auf der geschlossenen Abteilung geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?	Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (VSSS)
11	Erhielten Sie während Ihres Aufenthaltes genügend Informationen über die Art, Ursachen und Therapiemöglichkeiten Ihrer Störung?	Wichtig für Patienten (HG 5) Pkt. 3.5.6 Information Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (CUES-U)

12	Wurden Sie beim Eintritt über alles Wichtige informiert?	Wichtig für Patienten (HG 5) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 1) Pkt. 3.5.6 Information Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (CUES-U)
13	Wie wurden Sie bei der Ankunft auf der Station empfangen und betreut?	Wichtig für Patienten (HG 5) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 2)
14	Wurde Ihnen nach der Aufnahme das weitere Vorgehen erklärt?	Wichtig für Patienten (HG 5) Pkt. 3.5.3 Compliance und Einbezug des Patienten Pkt. 3.5.6 Information Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (CUES-U)
15	Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der/die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig war?	Kontinuität Personal, Ruhe, Ernstnehmen und wichtig Patient (G 18) Wichtig für Patienten (HG 5)
16	Hatten Sie genügend Gespräche mit dem Arzt/der Ärztin?	Erwartungen, Personal begrenzt, Realisierbarkeit, Betreuung, Einzelgespräch und Beziehung Patient Personal (G 14) Erwartungen, Zeit, Ernstnehmen, Gespräche, Alltag und Freundlichkeit (G 21) Gespräch mit Arzt, Aufklärung Medikamente, Früherkennung und Krisenplan Rückfall (HG 11) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 12)
17	Wie wurden Sie von den Ärztinnen/Ärzten behandelt?	Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 8)
18	Wie würden Sie die Höflichkeit Ihrer Ärzte oder Ihrer Ärztinnen beurteilen?	Wichtig für Patienten (HG 5) Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PZF, EPSS)
19	Hatten Sie Vertrauen in Ihre Ärzte und Ärztinnen?	Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PZF)
20	Haben Sie Ihre Ärzte und Ärztinnen während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?	Erwartungen, Personal begrenzt, Realisierbarkeit, Betreuung, Einzelgespräch und Beziehung Patient Personal (G 14) Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Pkt. 3.5.2 Therapeutische Beziehung

21	Wie wurden Sie von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin fachlich betreut?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 11) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PCSQ, VSSS, PZF)
22	Gab es bestimmte Pflegepersonen, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?	Kontinuität Personal, Ruhe, Ernstnehmen und wichtig Patient (G 18) Wichtig für Patienten (HG 5) Pkt. 3.5.4 Personal
23	Waren Sie über An- und Abwesenheiten des Sie betreuenden Personales immer informiert?	Kontinuität Personal, Ruhe, Ernstnehmen und wichtig Patient (G 18) Wichtig für Patienten (HG 5) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 5) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB)
24	Wie wurden Sie von den Pflegenden behandelt?	Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 9) Pkt. 3.5.4 Personal Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (KY-CSI)
25	Wie würden Sie die Höflichkeit des Pflegepersonals beurteilen?	Wichtig für Patienten (HG 5) Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Pkt. 3.5.4 Personal Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (EPSS)
26	Hatten Sie Vertrauen in das Pflegepersonal?	Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Pkt. 3.5.4 Personal
27	Finden Sie, dass das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie gehabt hat?	Erwartungen, Personal begrenzt, Realisierbarkeit, Betreuung, Einzelgespräch und Beziehung Patient Personal (G 14) Zeit für Patienten, Gespräche, Alltagskontakte, Freundlichkeit und Ernstnehmen (HG 6) Pkt. 3.5.4 Personal
28	Haben Sie das Pflegepersonal während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?	Erwartungen, Personal begrenzt, Realisierbarkeit, Betreuung, Einzelgespräch und Beziehung Patient Personal (G 14) Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Pkt. 3.5.4 Personal

29	Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 16) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PCSQ) Pkt. 3.5.1 Behandlungsmethoden (Therapien) Pkt. 3.5.3 Compliance und Einbezug des Patienten
30	Wie gut sind Sie über das Therapieangebot informiert worden?	Wichtig für Patienten (HG 5) Pkt. 3.5.6 Information
31	Durften Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausleben, indem Sie z.B. nicht sofort Medikamente bekamen?	Ausleben der Störung, Ernstnehmen Patient, Ruhe und Patientenbefragung (G 54)
32	Wie wurden Ihre Angehörigen (Eltern, FreundIn, nahe Bekannte) in die Behandlung einbezogen?	Pkt. 3.5.10.1 Familie und andere Angehörige Zürcher Fragebogen ZFB (Item 14) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PoC-18, VSSS)
33	Konnten Sie, wenn Sie es wollten, ungestört mit Ihrer Familie oder anderen Angehörigen telefonieren oder sprechen?	Pkt. 3.5.10.1 Familie und andere Angehörige Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (VSSS, KY-CSI)
34	Wie wurden Sie bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen?	Wichtig, Mitbestimmung, Ernstnehmen, Information, Eingehen Bedürfnisse und Wertschätzung (G 19) Erwartungen, Gespräch Patient, Behandlungsplan und Zeit Patient (G 22) Eingehen Bedürfnisse, Mitbestimmung, Therapie, Medikamente und Zufriedenheit (G 39) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 6) Pkt. 3.5.2 Therapeutische Beziehung Pkt. 3.5.3 Compliance und Einbezug des Patienten Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB, PCSQ)
35	Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?	Entzug, Sicherheit, Pflege, Anfangszeit, Behandlung ambulant, Verweildauer und Information (G 44) Pkt. 3.5.4 Personal
36	Wenn Sie körperliche Beschwerden hatten: Fühlten Sie sich medizinisch gut betreut?	Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB, KY-CSI)
37	Ist Ihre soziale Situation (Arbeit, Finanzen, Wohnung) in genügendem Ausmass in die Therapie mit einbezogen worden?	Erwartungen Kunde und Realisierbarkeit (G 12) Pkt. 3.5.2 Therapeutische Beziehung Pkt. 3.5.3 Compliance und Einbezug des Patienten Pkt. 3.5.9 Lebensqualität

38	Wie hilfreich fanden Sie folgende Therapieformen?	Ergotherapie (G 16) Pkt. 3.5.1 Behandlungsmethoden (Therapien) Angebot in den teilnehmenden psychiatrischen Kliniken
39	Wieviel Einfluss konnten Sie bei der Auswahl der Therapien (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) nehmen?	Eingehen Bedürfnisse, Mitbestimmung, Therapie, Medikamente und Zufriedenheit (G 39) Wichtig für Patienten (HG 5) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 7) Pkt. 3.5.2 Therapeutische Beziehung Pkt. 3.5.3 Compliance und Einbezug des Patienten Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB)
40	Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen?	Zielsetzung, Gespräch, Realisierbarkeit, Erwartungen und Lösung (G 13) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 17) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB, PCSQ, KY-CI)
41	Gab es bestimmte Therapeuten, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?	Wichtig für Patienten (HG 5)
42	Wie wurden Sie vom Personal der therapeutischen Dienste (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) behandelt?	Wichtig für Patienten (HG 5) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 10)
43	Wie würden Sie die Höflichkeit der Therapeuten beurteilen?	Wichtig für Patienten (HG 5) Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PZF)
44	Hatten Sie Vertrauen in die Therapeuten?	Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PZF)
45	Finden Sie, dass der Therapeut genügend Zeit für Sie gehabt hat?	Erwartungen, Personal begrenzt, Realisierbarkeit, Betreuung, Einzelgespräch und Beziehung Patient Personal (G 14) Zeit für Patienten, Gespräche, Alltagskontakte, Freundlichkeit und Ernstnehmen (HG 6)

46	Haben Sie die Therapeuten während der Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?	Erwartungen, Personal begrenzt, Realisierbarkeit, Betreuung, Einzelgespräch und Beziehung Patient Personal (G 14) Realisierbarkeit der Erwartungen, Gespräche, Lösungsfindung und Beziehung Patient-Personal (HG 4)
47	Sind Sie mit Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt worden?	Filterfrage Pkt. 3.5.1 Behandlungsmethoden (Therapien)
48	Wie gut wurden Sie über die <u>Hauptwirkungen Ihrer Medikamente</u> informiert?	Medikamente und Information (HG 8) Gespräch mit Arzt, Aufklärung Medikamente, Früherkennung und Krisenplan Rückfall (HG 11) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 13) Pkt. 3.5.6 Information Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB, PoC-18, KY-CSI)
49	Wie gut wurden Sie über die <u>Nebenwirkungen Ihrer Medikamente</u> informiert?	Aufklärung und Nebenwirkungen (G 30) Medikamente, Nebenwirkungen und Informationsveranstaltung (G 31) Wichtig für Patienten (HG 5) Medikamente und Information (HG 8) Zürcher Fragebogen ZFB (ebenfalls Item 13) Pkt. 3.5.6 Information Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB, PoC-18, KY-CSI)
50	Wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente und deren Nebenwirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?	Etwas erreichen, Gespräch Patient, Erklären, Verstehen, Hausordnung und Widerstand (G 7) Kooperation, Entscheidungsfreiheit, Widerstand, Information, Alternativen suchen, wichtig Patient und Medikamente (G 32) Medikamente und Information (HG 8) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (CUES-U, PCSQ)
51	Wurden Ihnen Behandlungsalternativen zu den Medikamenten angeboten?	Kooperation, Entscheidungsfreiheit, Widerstand, Information, Alternativen suchen, wichtig Patient und Medikamente (G 32) Wichtig für Patienten (HG 5) Medikamente und Information (HG 8) Pkt. 3.5.6 Information

52	Wie gut wurden Sie über Ihre Krankheit (Früherkennung, Verlauf, etc.) informiert und aufgeklärt?	Gespräch mit Arzt, Aufklärung Medikamente, Früherkennung und Krisenplan Rückfall (HG 11) Wichtig für Patienten (HG 5) Medikamente und Information (HG 8) Pkt. 3.5.6 Information Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (EPSS)
53	Wurden Sie über Ihre Krankheit und ihre Auswirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?	Gruppenstunde, Entzugsabteilung, Abhängigkeit Alkohol, Aufklärung Krankheit und Themen Sucht (G 49) Medikamente und Information (HG 8) Pkt. 3.5.6 Information Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (CUES-U, Münsterlinger FB, PoC-18, PCSQ)
54	Hatten Sie das Gefühl, in Ihrer psychischen Störung ernstgenommen und verstanden zu werden?	Psychiatrie, Ernstnehmen und Eingehen Bedürfnisse (G 37) Wichtig für Patienten (HG 5) Zeit für Patienten, Gespräche, Alltagskontakte, Freundlichkeit und Ernstnehmen (HG 6) Pkt. 3.5.4 Personal Pkt. 3.5.2 Therapeutische Beziehung Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB)
55	Wenn Sie das Bedürfnis nach einem Gespräch hatten, war es leicht, jemanden unter dem Behandlungsteam zu finden, der mit Ihnen über Ihre Sorgen und Bedenken sprach?	Zeit für Patienten, Gespräche, Alltagskontakte, Freundlichkeit und Ernstnehmen (HG 6) Reklamationen, Unzufriedenheit verbalisieren und Verbesserungen (HG 7) Pkt. 3.5.4 Personal Pkt. 3.5.2 Therapeutische Beziehung Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (KY-CSI)
56	Sind Sie während Ihres Aufenthaltes über Ihre Rechte und Pflichten in ausreichendem Masse aufgeklärt worden?	Pkt. 3.5.6 Information Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PoC-18)
57	Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?	Rückzugsmöglichkeit, Einbettzimmer und Fernseher (HG 3) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB)

58	Wussten Sie, an wen Sie sich bei Problemen, Reklamationen oder Fragen wenden konnten?	Reklamationen, Kommission, Instanz gerichtlich, Recht als Patient, Persönlichkeitsstörungen querulatorisch und Unzufriedenheit verbalisieren (G 28) Unzufriedenheit verbalisieren, Gespräch Arzt, einmal wöchentlich, Beziehung Patient-Personal und Ansprechpartner (G 29) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB)
59	Haben Sie das Schlussgespräch vor Klinikaustritt als hilfreich erlebt?	Behandlungserfolg messen, Erhebung systematisch und Schlussgespräch (G 48)
60	Wie wurden Sie auf Ihre Entlassung vorbereitet?	Nachbetreuung, Ambulanz, psychosoziale Pflege und Facharzt (G 46) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 20)
61	War Ihre Nachbetreuung genügend gut organisiert?	Nachbetreuung, Ambulanz, psychosoziale Pflege und Facharzt (G 46) Nachbetreuung, Termine Nachfolgetherapie, Vorbehandlung ist gleich Nachbehandlung und nach Entlassung (G 50) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 21) Pkt. 3.5.10.5 Entlassung und Nachbetreuung Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB)
62	Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt der Entlassung?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 22) Pkt. 3.5.10.5 Entlassung und Nachbetreuung Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB)
63	Wurden Ihrer Familie oder anderen Angehörigen vom Behandlungsteam ausreichend Informationen gegeben, um Sie in der Zeit nach der Entlassung unterstützen zu können?	Pkt. 3.5.10.1 Familie und andere Angehörige Pkt. 3.5.10.5 Entlassung und Nachbetreuung Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (KY-CSI)
64	Wussten Sie, wohin Sie sich bei einem Rückfall wenden können?	Aufklärung, Information, Krisenplan, Früherkennung und Gespräch Arzt (G 43) Rehospitalisierung mehrfach, Rückfallquote, Verlauf phasisch und Abhängigkeit Alkohol (G 45) Gespräch mit Arzt, Aufklärung Medikamente, Früherkennung und Krisenplan Rückfall (HG 11) Pkt. 3.5.10.5 Entlassung und Nachbetreuung Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (Münsterlinger FB, PoC-18)
65	Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf ... Einrichtung, Matratzenqualität, Ablage- und Verstaumöglichkeit von Eigentum, Sauberkeit, Privatsphäre, Ruhe?	Ausstattung, Fernseher, Rückzug (G 9) Rückzugsmöglichkeit, Einbettzimmer und Fernseher (HG 3) 3.5.10.3 Einrichtung und Rückzugsmöglichkeit Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (KY-CSI, EPSS)

66	Hat Ihr Zimmer Ihren Ansprüchen genügt?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 3) 3.5.10.3 Einrichtung und Rückzugsmöglichkeit
67	Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf ... Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten, Geschmack der Mahlzeiten, Grösse der Portionen, Präsentation der Mahlzeiten, Temperatur der Mahlzeiten, Qualität insgesamt?	Wichtig, Essen und Wahlkostprogramm (G 17) Essen eintönig und Unzufriedenheit (G 20) Wichtig für Patienten (HG 5) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 4)
68	Sind Sie Raucher/in?	Filterfrage
69	Wie gut fanden Sie die Raucherecken in Bezug auf ... Grösse, Sitzmöglichkeit, Sauberkeit, Verfügbarkeit?	Rauchverbot (G 6) Hausordnung und Rauchverbot (HG 2) 3.5.10.3 Einrichtung und Rückzugsmöglichkeit
70	Wenn Sie Nichtraucher/in sind: Fühlten Sie sich durch das Rauchen belästigt?	Hausordnung und Rauchverbot (HG 2) Pkt. 3.5.10.4 Mitpatient und Hausordnung
71	Wie gut finden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf ... Sauberkeit der eigenen Dusche/Bad, Sauberkeit der Etagendusche/Bades, Sauberkeit des eigenen WCs, Sauberkeit des Etagen-WCs, Verfügbarkeit des Etagen-WCs?	3.5.10.3 Einrichtung und Rückzugsmöglichkeit Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (KY-CSI, EPSS)
72	In welchem Masse hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	Wichtig für Patienten (HG 5) Zürcher Fragebogen ZFB (Item 23)
73	Wie würden Sie die <u>Qualität</u> der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 15) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (VSSS)
74	Wie zufrieden sind Sie mit der <u>Behandlung</u> , die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 19) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PCSQ, VSSS)
75	Wie zufrieden sind Sie mit dem <u>Ausmass der Hilfe</u> , welche Sie hier erhalten haben?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 18) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PCSQ)
76	Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 24) Pkt. 3.5.10.5 Entlassung und Nachbetreuung
77	Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	Zürcher Fragebogen ZFB (Item 25) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PoC-18)
78	Wenn Sie sich noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es? Oder anders ausgedrückt: Was sollte sich auf keinen Fall wiederholen oder mit was waren Sie unzufrieden?	Verbesserungen, Patientenbefragung, Vorschläge konstruktiv, Veränderungen und Unzufriedenheit verbalisieren (G 27) Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente (PoC-18)

Zur Entstehung des Pilot-Fragebogen sind noch folgende Hinweise von Bedeutung:

1. Bezüglich der vom **Zürcher Fragebogen für Patientenzufriedenheit ZFB** übernommenen Items sei auf den folgenden Pkt. 8.2 Einbezug des Zürcher Fragebogens verwiesen.
2. **Itemformulierung:** Die Items enthalten jeweils nur einen Aspekt, sind möglichst kurz, nicht zweideutig formuliert und frei von doppelten Verneinungen.
3. **Chronologischer Ablauf:** Wie beispielsweise der Fragebogen VSSS (siehe Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente) oder der Picker Fragebogen (Cleary et al., 1993) stellt mein Fragebogen den chronologischen Ablauf eines Aufenthaltes in einer psychiatrischen Institution dar. Die Vorteile in der chronologischen Reihenfolge der Items liegen darin, dass sich einerseits die Patienten im Fragebogen orientieren können, andererseits wird kein Aspekt der klinischen Versorgung ausgeklammert. Die soziodemografischen Items befinden sich am Ende des Fragebogens gemäss der Einstellung, dass, wenn der Patient den Fragebogen bis zu diesem Bereich ausgefüllt hat, er die Fragen zu seiner Person auch noch beantwortet.
4. **Berufsgruppenspezifisch:** Eine Unterteilung der Fragen zur Patientenzufriedenheit bezüglich Berufsgruppen findet sich in vielen Studien. Ruggeri et al. (1996) zeigten beispielsweise in ihrer Studie mit der Skala Verona Service Satisfaction Scale-82, dass der Patient die Berufsgruppen Arzt und Personal verschieden bewertet (S. 32). Deshalb ist es wichtig, Unterscheidungen in den Berufsgruppen zu treffen: "The factor structure of the dimension professionals' skills and behaviour clearly indicates that technical and interpersonal skills of nurses are appraised distinct from those of psychiatrists and psychologists" (S. 32).

Dieser Meinung sind auch Hribek und Schmalen (2000, S. 217), die als wesentlichen Unterschied in der Erfassung der Patientenzufriedenheit die Unterscheidung zwischen "ärztlichem Bereich" und „pflegerischem Bereich“ nennen. Die Interaktionsqualitäten des ärztlichen Personals und den Ärzten sind zu unterscheiden, so die Autoren, ebenso wie im Rehabilitationsbereich zusätzlich auch die Interaktionsqualitäten des therapeutischen Personals eigenständig zu betrachten sind.

Webb et al. (1999) führen in ihrer Studie an, dass nicht nur eine allgemeine Zufriedenheitsfrage nach Berufsgruppen gestellt werden könne, sondern auch bestimmte Bereiche wie beispielsweise „Information“ berufsgruppenspezifisch unterteilt werden müsse. In der computerunterstützten Befragung von Freudenmann und Spitzer (2001) waren die psychiatrischen Patienten mit der medizinischen Betreuung im Allgemeinen zufrieden, unterschieden aber deutlich zwischen Arzt und Pflegepersonal.

Da berufsspezifisch abgefragt wird, wiederholen sich manche Items in den verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Item 19: Hatten Sie Vertrauen in Ihre Ärzte und Ärztinnen? und Item 26: Hatten Sie Vertrauen in das Pflegepersonal?).

5. **Fragetypus:** Im Fragebogen wurde keine Statementsform, sondern eine Frageform verwendet, um den Patienten direkt anzusprechen. Es wurde der Typus der geschlossenen Frage durchgängig mit einer Ausnahme angewendet: Um den individuellen Erfahrungen des Patienten besser Rechnung tragen und diese bei der Qualitätsentwicklung berücksichtigen zu können, wurde am Ende des Fragebogens eine offene Frage (Item 78) gestellt, bei denen der Patient Lob, Kritik und weitere Anregungen äussern konnte.

Die Möglichkeit einer offenen Frage findet sich in einer Vielzahl der Studien zur Messung der Patientenzufriedenheit. Die Autoren Crawford und Kessel (1999) betonen die Wichtigkeit einer offenen Frage in solchen Messungen, um den Patienten Kritikmöglichkeit und Änderungsvorschläge in ihrer eigenen Sprache zu geben, ebenso die Autoren Spiessl et al. (1996).

Auch die schweizerische Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung kiq schlägt in ihrem Minimalanforderungskatalog für Messinstrumente für Patientenzufriedenheit in Psychiatrien neben geschlossenen Fragen eine offene Frage vor, um Platz für freie Bemerkungen einzuräumen, was wiederum dem Recht des Patienten auf freie Meinungsäußerung Rechnung trägt.

6. **Antwortformate:** Gemäss Schmidt et al. (1989) wurde, um Antworttendenzen vorzubeugen, die Richtung des Antwortformats variiert. Bei der Hälfte der Items stehen die „positivsten“ Reaktionsmöglichkeiten jeweils rechts, bei den übrigen Items wurden die „positivsten“ Antwortmöglichkeiten jeweils ganz links platziert. Für die Verrechnung wurden die Antworten mit Zahlen kodiert. Auch bei Langewitz et al. (1995) sind, um dem Problem des Acquiescence-Response-Set zu begegnen, die Aussagen je zur Hälfte positiv und negativ formuliert.

RATING UND REPORTING

Es gibt in einer Befragung zwei verschiedene Methoden, welche in ihrer Fragestellung grundlegende Unterschiede aufweisen. Man unterscheidet zwischen Rating und Reporting.

Durch die Methode des Ratings (beurteilen, bewerten) werden dem Patienten verschiedene Abstufungen zur Beantwortung einer Frage angeboten. Sehr verbreitet sind die Likertskalen, welche eine unterschiedliche Anzahl von Antwortmöglichkeiten aufweisen (z.B. drei bis sieben) und dadurch differenzierte Antworten ermöglichen (siehe auch weiter unten).

Eine neue, noch nicht sehr verbreitete Methode ist das Reporting (Bericht erstatten). Bei dieser Methode sind die Fragen so gestellt, dass sie nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. Auf diese Art und Weise ist es in einem ersten Schritt einfach, Problemstellen zu identifizieren, jedoch wird man bei der Antwort „Nein“ nach dem Grund fragen. D.h. es ergibt sich zwar durch eine solche offene Frage mehr Informationsmaterial, jedoch die Auswertung dieser Fragen ist sehr aufwändig. Ein grosser Nachteil der Reporting Frage ist die Eingrenzung zu den „Ja“- und „Nein“-Antworten. Es besteht die Gefahr, dass durch das Reporting ein falsches negatives oder positives Bild entsteht.

In den Studien von Cleary et al. (1993) und Coulter (2000) wird Reporting im Unterschied zum Rating so gesehen, dass Reporting nicht über die Antwortmöglichkeit definiert wird, sondern aufgrund des Frageninhaltes. Fragen, die nach Zufriedenheit fragen und als Antwortmöglichkeit die verschiedenen Abstufungen von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ enthalten, werden als „Rating“ definiert, während Fragen, die das Auftreten bestimmter Prozesse und Ereignisse während einer speziellen Behandlungsepisode beinhalten (z.B. das Drücken einer Klingel bei Hilfe), von den Autoren als „Reporting“ bezeichnet werden. Den Vorteil von Reporting sehen die Autoren darin, dass "reports are less likely than

ratings to be influenced by expectations, personal relationships, gratitude, or response tendencies related to gender, class, or ethnicity" (Cleary, S. 32).

Ruprecht (2001) berichtet in seinem Abschnitt „Urteils- oder Berichtsfragen?“ (S. 185) über eine aufwändige Studie zum Vergleich ereignisorientierter versus vorwiegend urteilsbasierter Befragungsmethoden. Die Studie wurde 1992/93 im Auftrag des britischen Gesundheitsministeriums durchgeführt. 5 150 Patienten wurden sowohl mit Ratingfragen („Wie beurteilen Sie ...“) als auch mit ereignisorientierten Berichtsfragen („Kam es vor, dass ...“) zu ihrem stationären Aufenthalt in der Klinik befragt.

Das Ergebnis war, dass bei den Urteilsfragen meist über 90 Prozent mit „Ausgezeichnet“, „Sehr gut“ oder „Gut“ angekreuzt war, während bei einzelnen, konkret abgefragten Erfahrungen die Streubreite der Häufigkeiten je nach Frage zwischen vier und 87 Prozent und nochmals erheblich von Klinik zu Klinik variierte. Es zeigte sich erneut, dass Urteilsfragen („ratings“) objektiv vorhandene Problemlagen nicht so erfassen können wie ereignisbasierte Fragen („reports“).

In der Mehrzahl der Studien zur Patientenzufriedenheit, wie auch in dieser Studie (mit Ausnahme einer offenen Frage), werden die zuerst erwähnten Definitionen von Rating und Reporting verwendet, d.h. Unterscheidungsmerkmal ist die Antwortmöglichkeit und nicht der Frageninhalt. In der Patientenforschung wurden, so Spiessl et al. (1995), insbesondere Rating-Skalen verwendet, die für die jeweilige Untersuchung entwickelt wurden.

Die vorliegende Studie bedient sich der *Methode des Ratings* im Sinne der verschiedenen Abstufungen zur Beantwortung einer Frage, vor allem auch hinsichtlich der Kritik, die Einstellungen der Patienten nur mehr als „Grad der Zufriedenheit“ zu messen (Crawford und Kessel, 1999, S. 5).

LIKERTSKALA

Wie bereits ausgeführt, ist die Anwendung von Likertskalen sehr verbreitet. So wurde in elf von insgesamt 15 vorgestellten Studien zur Patientenzufriedenheit mit psychiatrischen Institutionen (Ruggeri, 1994) eine Likertskala in den Messinstrumenten verwendet (siehe auch Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente).

In einer Studie wurden die Vor- und Nachteile von vier, fünf und sieben Abstufungen für Messungen im Gesundheitswesen untersucht (Nagata et al., 1996; zit. nach Wüthrich-Schneider, 1999, S. 68). Darin wurde festgestellt, dass eine Skala mit fünf Abstufungen lückenloser ausgefüllt wurde als die anderen zwei (mit vier und sieben Abstufungen) und das Ausfüllen generell problemloser verlief. Die Antwortmöglichkeiten mit drei bis sechs Abstufungen sind am meisten verbreitet. Die dazugehörenden Eigenschaftswörter bezeichnet man als Attribute (sehr gut, gut etc.).

Demgegenüber berichten Langewitz et al. (1995, S. 355) in ihrer Studie über den Einsatz eines übersetzten amerikanischen Fragebogens darüber, dass es, zumindest in den USA, offenkundig für viele Patienten technische Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens mit mehreren Antwortkategorien gab: In den von den Autoren zitierten Arbeiten waren 25 % der Patienten in den USA nicht in der Lage, einen Fragebogen mit fünfstufiger Likertskala auszufüllen.

In der Studie von Langewitz et al. (1995) waren jedoch die geäußerten Bedenken der amerikanischen Autoren zumindest in der schweizerischen Population nicht angebracht: Die befragten Patienten waren durchaus in der Lage, mit einer 5-Punkt-Likertskala umzugehen; eigentliche technische Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens waren selten.

Bhugra et al. (2000)³⁸ adaptierten in ihrer Studie den Fragebogen von Kelstrup et al. (1993) von einer 7-Punkt-Likertskala auf eine 3-Punkt-Likertskala. Sie sind nicht der Meinung, dass sich diese Adaption in einer Informationsreduktion niederschlägt, sondern es bewirkt eher das Gegenteil: Durch eine 3-Punkt-Likertskala wird eine quantitative Auswertung klarer.

Einige Autoren, so auch Perreault et al. (1999), befürworten den Einbezug von vierstufigen Ausprägungen beim Einsatz der Likertskala, um Verfälschungstendenzen entgegenzuwirken. Sie verwenden beispielsweise eine vierstufige Likertskala, um die so genannte „Tendenz zur Mitte“ zu minimieren, einer nachgewiesenen Tendenz von Probanden, das Ankreuzen von extremer Antwortkategorie weitgehend zu vermeiden. Dieses Response-Set kann jedoch bei der Auswertung mitberücksichtigt werden, indem beispielsweise zwei Personenklassen gebildet und die Summenwerte entsprechend erniedrigt bzw. erhöht werden (Keller et al., 2000, S. 28). Von Fähndrich und Smolka (1998, S. 73) wird bei der dreistufigen Likertskala mit neutraler Mitte vorgeschlagen, die formal neutrale Antwort (z.B. „weder/noch“) bereits als Negativantwort zu werten, um der Tendenz der positiven Antwort entgegenzuwirken.

³⁸ Die Studie wurde mit einer sehr kleinen Stichprobe (n = 53) durchgeführt.

Ein anderes Response-Set bildet die so genannte „Ja-Sage-Tendenz“ (positiver Halo-Effekt), der Trend von Probanden, die positive Antwortmöglichkeit anzukreuzen. Inwiefern diese Tendenz mit der generell hohen Zufriedenheit von Patienten korreliert, überprüften Hansson und Hoeglund (1995) in ihrer Patientenzufriedenheitsmessung mit 321 psychiatrischen Patienten. Sie fanden eine geringe, nicht signifikante Korrelation zwischen der Ja-Sage-Tendenz und der Zufriedenheit.

Auf die beiden Verfälschungstendenzen wird in der quantitativen Auswertung meines Fragebogens eingegangen.

Als Antwortformat wurde eine dreistufige und fünfstufige Likertskala mit Ausnahme der Items des Zürcher Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien verwendet. Um Antworttendenzen vorzubeugen, wurde die Richtung des Antwortformats variiert (siehe auch Schmidt et al., 1989), wobei die positivste Antwortmöglichkeit bei der Hälfte der Items jeweils rechts, bei anderen Hälfte der Items jeweils ganz links platziert wurde. Die Anordnung der Antwortmöglichkeiten war ein Resultat eines einfachen Zufallsverfahrens. Für die Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten entsprechend mit Zahlen kodiert.

Die positiven und negativen Antwortmöglichkeiten sind im Pilotfragebogen je zur Hälfte (50 : 50) aufgeteilt.

RECHTE UND PFLICHTEN DES PATIENTEN

In Übereinstimmung mit den Rechten und Pflichten des Patienten sind auf der ersten Seite des Pilot-Fragebogens folgende Punkte erwähnt:

- Information über die Dissertationsstudie
- der vertrauliche und anonyme Umgang mit den Daten
- die Aufforderung, die Fragen selber zu beantworten³⁹
- die Aufforderung, zu jeder Frage alle Antwortmöglichkeiten durchzulesen
- das Ankreuzen nur einer Antwort (Ausnahme Mehrfachantworten) mit Information über Filterfragen
- Information über Durchführung der Studie in der Schweiz und in Österreich

³⁹ Damit fällt eine entsprechende Frage „Haben Sie den Fragebogen ohne fremde Hilfe ausgefüllt?“ (Lelliott et al., 2001) weg.

- Hinweis über die jeweils links oder rechts platzierten positiven Antwortmöglichkeiten
- der Umstand, dass es keine falschen oder richtigen Antworten gibt
- Information über - meine private - Hotline bei Fragen und/oder Unklarheiten

Die Items des Pilot-Fragebogens decken folgende Rechte und Pflichten des Patienten ab:

Die *Rechte des Patienten* (gemäss Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck; Patientenvertretung) umfassen folgende Punkte:

- Bestmögliche medizinische Betreuung und qualifizierte Pflege, rücksichtsvolle Behandlung und Vertraulichkeit
- Aufklärung und umfassende Information über Krankheit, Diagnostik, Therapie, krankheitstypische Risiken und therapeutische Alternativen in einer für den Patienten verständlichen und schonungsvollen Art
- Verweigerung der Behandlung nach Aufklärung über mögliche Gefahren
- Datenschutz und Verschwiegenheit des Personals
- Ausreichende Wahrung der Privatsphäre
- Beschwerderecht
- Einsicht in die Krankengeschichte

Da es bezüglich Zwangseinweisungen (A) bzw. fürsorgerischen Freiheitsentzug (CH) oftmals Unklarheiten gibt, sei an dieser Stelle auf die Möglichkeit eines Rekurses näher eingegangen: Gegen die so genannte fürsorgerische Freiheitsentziehung besteht sowohl in Österreich als auch in der Schweiz ein Rekursrecht. Zudem gibt es ein Beschwerderecht gegen die Anordnung einer unfreiwilligen Behandlung (z.B. Zwangsmedikation)⁴⁰.

Jede gegen ihren Willen eingewiesene oder zurückbehaltene Person kann jederzeit ein Entlassungsgesuch stellen. Wenn der behandelnde Arzt das Gesuch ablehnt, kann sich der Patient innerhalb von zehn Tagen an die Rekurskommission wenden. Sobald der Rekurs eingelegt ist, besucht ein psychiatrisches Mitglied der Rekurskommission den Patienten. Der Patient hat die Möglichkeit einen Rechtsbeistand beizuziehen.

⁴⁰ Man kann im Zustand der nicht angezweifelte Vernunft und Normalität eine schriftliche Erklärung verfassen, in der eine Person genau und wohlüberlegt festlegen kann, wie sie behandelt oder auch nicht behandelt werden will, sollten Dritte sie als geisteskrank und behandlungsbedürftig diagnostizieren. Diese Erklärung wird das „Psychiatrische Testament“ genannt; eine Gebrauchsanweisung findet sich bei Rolshoven und Rudel (1993); eine Erklärung bezüglich Zwangsmedikation findet man bei Martensson (1998, S. 182).

Die *Pflichten des Patienten* (gemäss Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck; Patientenvertretung) umfassen folgende Punkte:

- Anwesenheit bei Visite und Therapie
- Schonender Umgang mit der Einrichtung und dem Klinikeigentum
- Information des Stationspersonals bei Verlassen der Station
- Verlassen des Klinikgeländes während eines stationären Aufenthaltes nur mit Genehmigung des behandelnden Arztes und nach Unterschrift einer Erklärung
- Bezahlung der Gebühren bei der Entlassung
- Einhalten der Anstaltsordnung (Hausordnung)

Die Patientenrechte und -pflichten in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel entsprechen gemäss Basler Psychiatriegesetz vom 18. September 1996 (Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen) den oben erwähnten Rechten in Österreich.

URHEBERRECHTE DES FRAGEBOGENS

Aus *Urheberrechtsgründen* wurde in der Fusszeile des Fragebogens neben der Bezeichnung „Pilotfragebogen_ZFB_SHO“ bzw. „Fragebogen_ZFB_Spital“ (= Pilotfragebogen inklusive Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, Version für die Selbsthilfeorganisationen sowie Version für die Spitäler) ein Copyrightsvermerk mit Namen, Jahr (T. Plank, 2002) und den in Klammer gesetzten Hinweis „alle Rechte vorbehalten“ angebracht.

Gemäss Auskunft der Abteilung Urheberrecht und verwandte Schutzrechte des Institutes für geistiges Eigentum in Bern (www.ige.ch) ist ein Werk bei Erfüllung von drei Voraussetzungen automatisch ab dem Zeitpunkt seiner Entstehung urheberrechtlich geschützt. Diese drei Merkmale lauten⁴¹:

- Ein Werk muss zur Literatur und Kunst gehören
- Es muss eine geistige Schöpfung sein
- Es muss einen individuellen Charakter (Individualität, Originalität) aufweisen

Diese Voraussetzungen sind bei vorliegendem Fragebogen erfüllt. Das bedeutet, dass zur Erlangung des Urheberrechtsschutzes *keine Formalitäten zu erfüllen* sind, wie etwa die

⁴¹ Gemäss Art. 2 des Bundesgesetzes vom 09. Oktober 1992.

Hinterlegung oder Registrierung des Werkes oder das Anbringen irgendeines Vermerkes wie „alle Rechte vorbehalten“ oder ähnliche Formulierungen.

Um dennoch Copyrightsverletzungen durch Dritte entgegenzuwirken, habe ich die Vermerke „Copyright“ und „alle Rechte vorbehalten“ angebracht, dies sozusagen als ausdrücklichen Hinweis auf meine Rechte. Zudem habe ich den Pilotfragebogen bereits vor der Pilotstudie bei der KIQ, der Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse (Vereinigung aller Spitäler der Schweiz sowie Krankenversicherer) zur Evaluation eingereicht (vermerkt auf dem Fragebogen mit „KIQ_eingereicht“).

Die Koordinations- und Informationsstelle prüft u.a. Instrumente zur Messung der Patientenzufriedenheit in verschiedenen Bereichen (Akutspital, Rehabilitation, Psychiatrie, Geriatrie) und gibt nach Begutachtung durch Experten eine Liste heraus, auf der die geprüften Instrumente ersichtlich sind. Dies gilt unter den Spitälern als Qualitätskriterium für das Instrument selber. Die Listen der anerkannten Instrumente können unter www.kiq.ch eingesehen werden.

8.2 Einbezug des Zürcher Fragebogens (ZFB)

Dass Forschung als sehr dynamischer Prozess aufgefasst werden kann, zeigte sich in meiner Forschungsstudie. Durch Rückfrage bei der Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse über Anmelderichtlinien für ein zu überprüfendes Instrument, welches aus meiner Forschungsstudie resultierte, kam ich zu der Information, dass der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien (Prof. Dr.med. Jiri Modestin von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich) in die Liste der evaluierten und verabschiedeten Instrumente für die Messung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie aufgenommen wurde.

Nachdem ich mit Prof. J. Modestin Kontakt aufgenommen hatte, zeigte sich, dass der Fragebogen mit 25 Items grundsätzliche Fragen in der Patientenzufriedenheit beinhaltet. Eine detailliertere Befragung von einzelnen Bereichen, wie beispielsweise der Zwangseinweisung oder der Aufklärung bezüglich Rechte, Krankheit etc., fehlen im Zürcher Fragebogen und wären laut Prof. J. Modestin sehr wünschenswert.

Bei Durchsicht des Zürcher Fragebogens mit meinem Pilot-Fragebogen ergaben sich einige Übereinstimmungen. Aus teststatistischen Gründen ist es sehr interessant, die Items des ZFB in meinen Pilot-Fragebogen zu integrieren und in der quantitativen Auswertung die Korrelationen auszuwerten. Herr Prof. J. Modestin gab mir das Einverständnis für die Verwendung des Zürcher Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien.

8.2.1 Entwicklung ZFB

Der Zürcher Fragebogen zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Klinik wurde in fünf psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich entwickelt (Modestin, Hanselmann, Rüesch, Grünwald & Meyer, 2003).

Es gab analog zu meiner Forschungsstudie in zwei psychiatrischen Kliniken Fokusgruppen mit Patienten und Mitarbeitenden (Mitarbeitenden der Ärzteschaft, der Pflege und der paramedizinischen Dienste). Insgesamt fanden zwei mal vier Fokusgruppen-Diskussionen statt.

Als Methode zur Befragung und zur Diskussion mit den betroffenen Gruppen wurde die Methode der operativen Gruppe ausgewählt (Begründer: Pichon Rivière). Gruppe wird hier psychosozial definiert als Ort des Übergangs zwischen Individuum und Gesellschaft. Die operative Gruppentheorie ist so gesehen eine Synthese von Sozialpsychologie und Psychoanalyse.

Die Patientennennungen wurden mittels Grounded Theory systematisch kategorisiert. Somit wurden aus insgesamt 53 Kategorien (Patienten) und 60 praktisch identen Kategorien (Mitarbeiter) möglichst verständliche Fragen abgeleitet und die *8 Items des Zuf-8 (siehe auch Pkt. 3.4 Bestehende Messinstrumente)* vollständig übernommen. Insgesamt ergaben sich dabei 27 Items.

Zwei Pretests resultierten in einer Reduktion von 27 Items auf 25 Items (inklusive der 8 Items des Zuf-8). Der Fragebogen wurde in zwei Monaten an n = 961 Patienten in fünf psychiatrischen Kliniken in Zürich mittels zwei Erhebungen getestet. Die Ersterhebung fand bei Austritt mit 288 Patienten statt, die Zweiterhebung zehn Tage nach Austritt mit 110 Patienten.

Die Faktorenanalyse ergab folgende Faktoren, die insgesamt 58.6 % der Varianz erklären: Allgemeine Zufriedenheit, ärztliches Handeln, Austritt, Respekt einzelner Berufsgruppen den Patienten gegenüber. Die interne Konsistenz wurde mit Cronbach's Alpha bestimmt, der für den ganzen Fragebogen 0.89 erreichte; die konvergente Validität des Fragebogens wurde bestimmt, indem die individuellen Zufriedenheitsgesamtscores des ZFB mit denjenigen der ZUF-8 Skala korrelierten. Der Korrelationskoeffizient variierte von 0.71 bis 0.91.

Die Prämisse bei der Entwicklung des ZFB war, einen möglichst umfassenden und kurzen Fragebogen zu entwerfen. Dass damit Detailinformationen, wie dies bei meinem Fragebogen der Fall ist, nicht abgefragt werden bzw. nicht berücksichtigt werden, ist ein Nachteil dieser globalen Methode. Der ZFB kann aus diesem Grund als Screeningverfahren angesehen werden, dessen Ergebnisse durch die Anwendung meines Fragebogens weiter verfeinert werden.

8.2.2 Einbauen des ZFB in den Pilot-Fragebogen

Bei Durchsicht der Forschungsarbeit bzw. der Items des Zürcher Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien fallen die Übereinstimmungen mit meinen bisherigen Forschungsergebnissen auf. Dies ist hinsichtlich einer Objektivität von qualitativer Forschung sehr erfreulich: Wir - die Psychiatrische Universitätsklinik in Zürich wie auch ich - erzielten unabhängig voneinander ähnliche Forschungsergebnisse, einerseits ausgewertet mit der Grounded Theory mit Kategorienbildung (PUK Zürich), andererseits mit Gabek und seiner Gestaltenbildung (meine Forschungsarbeit).

Aus teststatistischen Gründen (Korrelationsstatistik) werden Items meines Pilot-Fragebogens, die inhaltlich mit den Items des ZFB übereinstimmen, durch die analogen Items des ZFB ersetzt. Die Nummer vor dem Itemtext stellt die Reihenfolge und Nummerierung im entsprechenden Fragebogen dar (z.B.: 1. Wurden Sie beim Eintritt über alles informiert? Dieses Item ist das erste Item im ZFB). Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien befindet sich im **Anhang A 12** (mit freundlicher Genehmigung von Prof. J. Modestin).

In folgender Tabelle (Tab. 11) werden die Items des ZFB in Analogie zu meinem Pilot-Fragebogen gesetzt:

Tab. 11 Übereinstimmungen der Items des Zürcher Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien (ZFB) mit meinem Pilot-Fragebogen

Folgendes Item im ZFB (chronologisch)...	...ersetzt folgendes Item in meinem Pilot-Fragebogen:
1. Wurden Sie beim Eintritt über alles Wichtige informiert?	12. Wie organisiert war das Aufnahmeverfahren?
2. Wie wurden Sie bei der Ankunft auf der Station empfangen und betreut?	13. Wurden Sie freundlich und verständnisvoll vom Spitalpersonal in dieser Psychiatrie empfangen?
3. Hat Ihr Zimmer Ihren Ansprüchen genügt?	Neu: Item 63
4. Wie fanden Sie die Qualität des Essens?	64. Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf ... die Qualität insgesamt? Besonderheit: Kategorienerweiterung von vier (ZFB) auf fünf.
5. Waren Sie über An- und Abwesenheit des Sie betreuenden Personals immer informiert?	Neu: Item 21
6. Wie wurden Sie bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen?	30. Konnten Sie bei Ihrer Behandlung genügend mitbestimmen?
7. Wieviel Einfluss konnten Sie bei der Auswahl der Therapien (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) nehmen?	35. Wurden Ihnen auch Wahlmöglichkeiten zu den Therapien angeboten?
8. Wie wurden Sie von den Ärztinnen/Ärzten behandelt? (sehr respektlos – sehr respektvoll)	52. Haben Sie das Gefühl, Sie wurden während Ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie mit Respekt und Würde behandelt? Berufsgruppe Arzt Item 17 neu
9. Wie wurden Sie von den Pflegenden behandelt? (sehr respektlos – sehr respektvoll)	52. Haben Sie das Gefühl, Sie wurden während Ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie mit Respekt und Würde behandelt? Berufsgruppe Psychiatriepflegerinnen Item 23 neu
10. Wie wurden Sie vom Personal der therapeutischen Dienste (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) behandelt? (sehr respektlos – sehr respektvoll; hatte keine solche Therapie)	52. Haben Sie das Gefühl, Sie wurden während Ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie mit Respekt und Würde behandelt? Berufsgruppe Therapeuten Item 41 neu
11. Wie wurden Sie von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin fachlich betreut?	Neu: Item 21
12. Hatten Sie genügend Gespräche mit dem Arzt/der Ärztin?	16. Finden Sie, dass der zuständige Arzt oder die zuständige Ärztin genügend Zeit für Sie gehabt hat?

13. Wie wurden Sie über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt?	43. Wie gut wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente informiert? <i>Und:</i> 44. Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen Ihrer Medikamente informiert? Besonderheit: Kategorien vom ZFB übernommen.
14. Wie wurden Ihre Angehörigen (Eltern, FreundIn, nahe Bekannte) in die Behandlung einbezogen?	28. Wurden Ihre Familie oder andere Angehörige im für Sie richtigen Ausmass in die Therapie mit einbezogen?
15. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen? (ZUF-8; Item 1)	69. Wie würden Sie allgemein die Behandlung beurteilen, die Sie in der Psychiatrie erhalten haben?
16. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten? (ZUF-8; Item 2)	25. Hat der Therapieplan Ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprochen?
17. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen? (ZUF-8; Item 6)	36. Hat die Behandlung, die Sie in der Psychiatrie erhielten, Ihnen dabei geholfen, besser mit Ihrer Krankheit umzugehen?
18. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben? (ZUF-8; Item 5)	Neu: Item 75
19. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen? (ZUF-8; Item 7)	Neu: Item 74
20. Wie wurden Sie auf Ihre Entlassung vorbereitet?	57. Wie gut wurden Sie auf die Entlassungssituation vorbereitet?
21. War Ihre Nachbetreuung genügend organisiert?	58. War Ihre Nachbetreuung bei Ihrer Entlassung geregelt?
22. Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt der Entlassung?	59. Wie beurteilen Sie Ihren Entlassungszeitpunkt aus der Psychiatrie?
23. In welchem Masse hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? (ZUF-8; Item 3)	68. Haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes auf der Psychiatrie insgesamt geschützt und sicher aufgehoben gefühlt, auch im Falle eines Notfalles?
24. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten? (ZUF-8; Item 8)	Neu: Item 76
25. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde? (ZUF-8; Item 4)	70. Würden Sie dieses Spital Ihrer Familie und Freunden weiterempfehlen?

Eine Übersicht der Itemnummern im Fragebogen-Entwurf, im Test-Fragebogen und Pilot-Fragebogen mit Berücksichtigung des Zürcher Fragebogens zur Patientenzufriedenheit ist tabellarisch im **Anhang A 13** ersichtlich.

9 Quantitativer Untersuchungsteil

„In an effort to collect honest opinions rather than ‘grateful testimonials’ from clients, special consideration should be given to the methodology used.”

(Watson & Leathem, 1996, S. 273)

9.1 Einleitung

Ein Charakteristikum aller empirischer Untersuchungen ist das Faktum, dass gemessene Daten die Grundlage der Erkenntnis liefern. Die relevanten Daten müssen aber im Regelfall erst erhoben werden. Dabei können höchst unterschiedliche Aspekte des Erlebens oder Verhaltens vorliegen, wie motorisches, kognitives, physiologisches oder verbales Verhalten.

In vorliegender Untersuchung wird verbales Verhalten gemessen, d.h. die geschriebene Sprache wird als Datenquelle verwendet, dies sowohl im qualitativen als auch im quantitativen Forschungsbeitrag.

Bei der im Fragebogen verwendeten Schätzskala (Ratingskala) werden Abschnitte eines Merkmalskontinuums durch verbale Beschreibungen vorgegeben und der Untersuchungsteilnehmer markiert jene Stufe, die seinem Empfinden entspricht. Dabei wird davon ausgegangen, dass die vorgegebenen Stufen das zu beschreibende Merkmalskontinuum linear abbilden.

Der Fragebogen in der Studie selbst stellt neben dem Interview die zweite Art der Befragung dar. Fragebögen bestehen aus einer Liste von Fragen, um Einstellungen, Meinungen, Gefühle etc. zu einem bestimmten Thema, zu einem Sachverhalt oder zu einer Einschätzung der Person selbst zu erhalten. Dabei muss klar sein, dass die Ergebnisse der Fragebögen in hohem Ausmass von der konkreten Formulierung der Fragen und deren Einbettung in den Kontext sowie den vorhandenen Antwortmöglichkeiten und dem Sprachverständnis selbst abhängen. Die Gültigkeit einzelner Aussagen von Fragebögen lässt sich auch nur bei getreuer Wiedergabe des gesamten Erhebungsinstrumentariums einschätzen.

9.2 Beschreibung der Teilnehmer

Im Folgenden sollen die beiden an der Pilotstudie teilnehmenden Spitäler kurz bezüglich relevanter Kennzahlen wie Bettenbelegung etc. dargestellt werden. Die Daten stammen aus den jeweiligen Jahresberichten (PUK Basel: Jahresbericht 2001; PUK Innsbruck: Jahresbericht 1999).

Sowohl die Psychiatrische Universitätsklinik Innsbruck als auch die Psychiatrische Universitätsklinik Basel waren bereits Teilnehmer an der qualitativen Phase vorliegender Studie.

9.2.1 Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Als Universitätsklinik und Zentrum für Erwachsenenpsychiatrie in der Nordwestschweiz sorgt die PUK Basel für die stationäre psychiatrische Grundversorgung des Kantons Basel-Stadt in den Bereichen Notfallmedizin, medizinische Abklärung, Diagnostik, Begutachtung, Therapie, Prävention und Rehabilitation. Die Spitalleitung hat Herr Fritz Jenny (Spitaldirektor) inne; ärztlicher Leiter ist Herr Prof. Franz Müller-Spahn. Herr Christoph Cassidy hat die Position Leiter Qualität und Pflege inne.

Die Psychiatrische Universitätsklinik hat - wie die PUK Innsbruck - drei Hauptaufgaben: Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen, Forschung, mit dem Ziel der Verbesserung von Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen sowie Ausbildung von Medizinstudenten im Rahmen der Medizinischen Fakultät der Universität Basel.

Behandlungsschwerpunkte sind vor allem folgendes Patientengut:

- depressive Menschen
- Menschen mit Störungen des Ich-Erlebens
- Menschen mit schweren Beziehungsstörungen
- Suizidale Menschen
- Menschen mit Suchterkrankungen
- Menschen mit körperlichen Krankheiten und psychischen Störungen
- Menschen mit psychischen Störungen im höheren Lebensalter
- Menschen mit schweren Angsterkrankungen bzw. Zwangsstörungen

Bei einem freiwilligen Klinikeintritt kommen Patienten von sich aus in die PUK oder werden von ihrem Arzt mit einem ärztlichen Attest überwiesen. Wenn der Patient freiwillig in die Klinik eintritt, erhält er bei der Ankunft einen so genannten Freiwilligenschein zur Unterzeichnung. Dieses Dokument ist gesetzlich vorgeschrieben und belegt die Freiwilligkeit des Eintritts.

Psychisch kranke Menschen können bei akuter Selbstgefährdung, Gefährdung oder schwerwiegender Belastung anderer Personen auch ohne ihre Zustimmung im Rahmen der fürsorglichen Freiheitsentziehung (FFE) in die PUK eingewiesen werden. Solche - in Österreich auch so genannte - „Zwangseinweisungen“ werden vom Amtsarzt veranlasst und stützen sich rechtlich auf das Schweizerische Zivilgesetzbuch sowie das Psychiatriegesetz des Kantons Basel-Stadt.

Die Abteilungen in der PUK Basel untergliedern sich in stationäre Abteilungen, ambulante und teilstationäre Abteilungen und ein PUK-Spektrum.

Die stationären Abteilungen beinhalten die offene Akutabteilung C, die Drogenentzugsabteilung U2, die Alterspsychiatrie-Abteilungen P1 und E, die Forensische Abteilung R2, die Akut- und Entwöhnungsabteilung U3, die Privatabteilungen J und B (für privat- und halbprivatversicherte Patienten mit den Behandlungsschwerpunkten Abhängigkeits-erkrankungen, affektive Störungen, schizoaffektive Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, somatoforme Störungen, Angststörungen und Zwangserkrankungen), die geschlossene Akutabteilung R3, die Depressionsabteilung P2, die Rehabilitationsabteilung L und eine Rehabilitationsabteilung in der Socinstrasse sowie die Psychotherapeutische Abteilung PTA. (Da jede Abteilung der PUK über spezielle Behandlungsschwerpunkte verfügt, hat jede Abteilung eine eigene Hausordnung und besondere Besuchszeiten.)

Die ambulanten und teilstationären Abteilungen gliedern sich in eine Ambulanz für Verhaltenstherapie (Abteilung VTA), eine psychotherapeutische Tagesklinik (PTK), eine opiatgestützte Behandlung (Abteilung Janus) und einen ambulanten Dienst Sucht (ADS).

Unter dem PUK Spektrum versteht man das Haus zum Fermel, welches eine Einrichtung für psychisch beeinträchtigte Menschen ist. Das Haus zum Fermel ist ein Übergangswohnheim mit 15 Plätzen für Frauen und Männer im Alter von 18 bis ca. 40 Jahren mit einer psychischen Erkrankung, welche aufgrund der Lebenssituation (sozial, beruflich, schulisch) den

Aufenthalt in einem geschützten Wohnheim notwendig macht. In der Regel ist der Aufenthalt auf zwei Jahre begrenzt.

Zur Psychiatrischen Klinik gehören ebenso mehrere Aussenstellen sowie Wohnheime, eine Tagesstätte und eine Werk- und Beschäftigungsstätte.

Je nach Schweregrad der Erkrankung und der benötigten Betreuung wird eine eintretende Person in eine geschlossene, eine halboffene oder eine offene Abteilung aufgenommen. Im Verlauf der Behandlung und mit zunehmender Besserung sind Übertritte von einer geschlossenen in eine offene Abteilung möglich. Notfallpatienten können wie in jedem somatischen Spital jederzeit aufgenommen werden.

Die differenzierten Therapieangebote umfassen biologisch orientierte Therapieformen (wie z.B. Wach- und Lichttherapie), auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte psychotherapeutische Verfahren (wie z.B. Einzel- und Gruppentherapie), Sozial- und Milieuthérapie (Rehabilitation, sozialarbeiterische Beratung), medizinisch-therapeutische Dienste (wie z.B. Ergotherapie und Gestaltungstherapie, Physiotherapie und Bewegungstherapie, Musiktherapie, Arbeitsrehabilitation und Beschäftigungsstätten sowie Tierpflege) sowie ambulante Angebote für Personen, die nicht stationär in die Klinik aufgenommen werden (wie z.B. Ambulanter Dienst Sucht).

In den ersten Wochen nach Klinikeintritt wird ein Therapieplan erarbeitet und schriftlich festgehalten. Dieser hält die wesentlichen Informationen über Probleme (Diagnose), die vorgesehenen Untersuchungen, die Behandlungsziele sowie die geplanten Therapien fest. Angehörige oder weitere Bezugspersonen haben auf jeden Fall die Möglichkeit, die Angehörigen-Sprechstunde zu nutzen oder auf Wunsch mit einbezogen zu werden.

Der Therapieplan soll auch die Funktion eines Feedbacks für die Krankheit des Patienten erfüllen. Der Patient erhält über sich und die Krankheit Informationen. Aus diesem Grund ist das Ergebnis von Hansson et al. (1984; zit. nach Rentrop et al., 1999, S. 460) zu erklären, in denen der Nutzen von Behandlungsverträgen überprüft wurde. Patienten mit Behandlungsverträgen zeigten darin bessere Ratings in Fremdbeurteilungsskalen (Angst, BPRS) als Patienten ohne Behandlungsverträge.

Sonstige Daten und Fakten der PUK Basel:

- Gründung im Jahre 1886
- 15 Gebäude
- 22 Abteilungen
- 277 Betten
- rund 660 Mitarbeiter

Im Jahr 2001 waren die 277 Planbetten der PUK zu 95.9 % belegt. Die stationären Eintritte haben gegenüber dem Vorjahr erneut zugenommen: 2 323 Eintritte im Jahr 2000 zu 2 348 Eintritten im Jahr 2001. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken: 42.3 Tage im Jahr 2000 zu 41.5 Tagen im Jahr 2001. 2 590 Patienten wurden stationär behandelt (2000: 2 575 Patienten).

Die Kosten des Klinikaufenthaltes werden von der Krankenversicherung getragen. Alle Einwohner der Schweiz sind obligatorisch krankenversichert, dies schliesst auch eine notwendige Spitalpflege ein. Die Kostenbeteiligung der Patienten beträgt dabei 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) pro Aufenthaltstag. Bei Aufenthalten in den Privatabteilungen sowie Kostenübernahmen durch die Krankenversicherung von Patienten aus anderen Kantonen gelten besondere Regelungen.

Die staatlichen Spitäler erheben Spitaltarife (Tagespauschalen) und Taxen für Einzelleistungen. Beispiele für Spitaltarife (Tagespauschale)⁴² sind wie folgt:

	Privatabteilung	allgemeine Abteilung
Patient aus dem Kanton Basel	CHF 525.--	CHF 235.--
Patient mit Wohnsitz in anderen Kantonen	CHF 630.--	CHF 474.--
Patient mit Wohnsitz im Ausland	CHF 710.--	CHF 504.--

Als Einzelleistungen gelten zu verrechnende medizinische Leistungen wie beispielsweise medizinische Leistungen auswärtiger Institute oder Medikamente sowie zu verrechnende nicht-medizinische Leistungen wie beispielsweise Kosten persönlicher Bedürfnisse wie Getränke, Radio, TV, Telefonspesen.

⁴² Gemäss Tarifordnung der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, gültig ab 1.1.2000.

Der Betriebsaufwand im Jahr 2001 betrug CHF 78 316 812.--, der Betriebsertrag betrug CHF 42 892 567.--, d.h. es resultierte 2001 ein Betriebsergebnis von CHF 35 424 245.-- Verlust. (Der Aufwand an Sozialleistungen war im Jahr 2001 mit einem Prozentsatz von 35.7 sehr hoch. Diese erhebliche Zunahme resultierte vor allem aus einer ausserordentlichen Garantieverpflichtung an die Pensionskasse.)

Bemerkenswert und hervorzuheben sei an dieser Stelle die qualitativ hervorstechende Homepage der PUK Basel, auf der man sogar eine elektronische Grusskarte an den Patienten schicken kann. Die Adresse lautet www.pukbasel.ch.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Mit dem Beitritt zum Rahmenvertrag von H+/KSK hat sich auch die PUK Basel verpflichtet den Nachweis über ein institutionalisiertes Qualitätsmanagement zu erbringen. Seit dem 1. Juli 2001 erhebt die PUK Basel den Indikator der Patientenzufriedenheit im Routinebetrieb. Die PUK Basel wendet den McLean PoC18 als patientenzentriertes Instrument zur Erfassung der subjektiven, interpersonellen Erfahrungen während der Behandlung in stationären, teilstationären sowie ambulanten Einrichtungen. Die externe Auswertung erfolgt durch die Firma CareMetrics Consulting GmbH mittels Quartals- und Jahresbericht.

Dieser Fragebogen gibt mit ca. 18 Fragen einen allgemeinen Überblick über die Behandlungen in den verschiedenen Bereichen, ist jedoch nicht spezifisch in die diverse Bereichstiefen konzipiert. So wird beispielsweise auf den gesamten Therapiebereich nicht eingegangen.

Wie bereits unter Pkt. 3.3 Studien zur Patientenzufriedenheitsmessung bemerkt, belegen auch die Werte an der PUK Basel die hohen Patientenzufriedenheitswerte in psychiatrischen Kliniken. So waren über den ersten gesamten Beobachtungszeitraum 72.9 % (!) der befragten Patienten zufrieden oder sehr zufrieden mit der Behandlung und Betreuung in der PUK Basel. Die Streubreite zwischen den Abteilungen war mit 84.6 % (max.) bis 57.5 % eher gering. Auch waren 72.8 % (!) der Befragten zufrieden oder sehr zufrieden mit den Hotelleistungen der PUK Basel.

9.2.2 Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck

Die Universitätsklinik Innsbruck ist eines der drei universitären medizinischen Zentren in Österreich, das mit führenden medizinischen Schulen der Welt in ständigem wissenschaftlichen Austausch steht. Sie ist eingebunden in die Tiroler Landeskrankenanstalten Ges.m.b.H., kurz TILAK genannt.⁴³ Die TILAK betreibt mit 2 228 Betten (Jahr 2000) rund die Hälfte der Spitalbetten in Tirol und ist somit das grösste Gesundheitsunternehmen im diesem Bundesland.

Dem Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck (LKI) gehören an:

- 20 Universitätskliniken
- 38 klinische Abteilungen
- 6 Landesinstitute
- insgesamt 5 800 (Jahr 2001) Mitarbeiter

Die Universitätsklinik für Psychiatrie (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber) unterteilt sich in vier Abteilungen: eine Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie (Leiter: Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber), eine Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie (Leiter: Univ.-Prof. Dr. W. Wolfgang Fleischhacker) sowie eine Klinische Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychosoziale Psychiatrie (Leiter: Univ.-Prof. Dr. Wilfried Biebl). Zudem verfügt die Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck noch über eine Abteilung für Neurochemie (Leiter: Univ.-Prof. Dr. Alois Saria).

Als einzige universitäre Einrichtung Österreichs verfügt die Klinik neben den Fachabteilungen für Allgemeinpsychiatrie (es wird sogar eine Eifersuchtssprechstunde angeboten) auch über solche für psychosomatische Kranke, für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter und für Alkohol- und Medikamentenabhängige.

In der Klinischen Abteilung für Biologische Psychiatrie werden Menschen betreut, die entweder an akuten Psychosen oder an psychiatrischen Erkrankungen, die in Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten stehen, leiden. (Anmerkung: Psychische Erkrankungen können gemeinsam mit körperlichen Leiden auftreten, wenn beispielsweise nach

⁴³ Mit der Gründung der Tiroler Landeskrankenanstalten Ges.m.b.H. TILAK im Jahre 1990 wurden alle die Landeskrankenhäuser betreffenden Bereiche zusammengefasst und mit Wirkung vom 1.1.1991 aus der öffentlichen Verwaltung ausgegliedert.

einem Gehirnschlag Depressionen oder nach einem Herzinfarkt ein Zustand der Verwirrtheit auftritt.) Die Abteilung bietet im Ambulanzbereich neben der Nachsorge von Patienten mit schizophrenen Störungen auch einen eigenen Bereich für psychoonkologische Fragestellung an.

Die Klinische Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychosoziale Psychiatrie beschäftigt sich hauptsächlich mit der Frage, von welchen Faktoren es abhängt, dass der Mensch gesund bleibt und wovon das Wiedererlangen der Gesundheit abhängig ist. Dabei wendet sich die Psychosomatik vor allem drei Krankheitsbereichen zu: Neben funktionellen Erkrankungen werden Organstörungen im Rahmen von depressiven Verstimmungen und Krankheiten, die durch Gewalterlebnisse beeinflusst werden, therapiert. Die Abteilung hat aber auch zunehmend mit Patienten zu tun, die an Essstörungen leiden.

An der Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck wurde eine Patientenvertretung geschaffen, die als weisungsfreie sowie unabhängige Einrichtung zur Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen der Patienten gesetzlich verankert ist. Information der Patienten über ihre Rechte, Prüfung von Beschwerden, Aufnahme von Anregungen und Kritik sowie Hilfestellung bei einer aussergerichtlichen Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen im Zusammenhang mit medizinischer Betreuung sind die Schwerpunkte dieser Einrichtung.

Die Bettenanzahl an der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck beträgt 140, die sich auf folgende Abteilungen aufteilen:

- Abteilung I: aktue Aufnahmestation mit einem geschlossenen Bereich (nach UbG Unterbringungsgesetz); 16 Betten im offenen Bereich und 6 Betten im geschlossenen Bereich (Patienten des geschlossenen Bereiches: nur Frauen); Schwerpunkt: affektive Störungen; Bezeichnung: „Frauen- und Männerstation“ (Schwergewicht auf Frauen aufgrund des vermehrten Vorkommens des Störungsbildes bei Frauen.)
- Abteilung II: aktue Aufnahmestation mit einem geschlossenen Bereich (nach UbG Unterbringungsgesetz); 16 Betten im offenen Bereich und 6 Betten im geschlossenen Bereich (Patienten des geschlossenen Bereiches: nur Männer); Schwerpunkt: Schizophrene Störungen; Bezeichnung: „Männer- und Frauenstation“ (Schwergewicht auf Männer aufgrund des vermehrten Vorkommens des Störungsbildes bei Männern.)

- Abteilung III: Alkoholabhängigkeits-Station; ausgelagert nach Mutters (Berghof Mutters); Entzugstage bereits in der Aufnahmestation; Aufenthalt in Mutters dient der Entwöhnung (4-8 Wochen).
- Abteilung IV: Kinder- und Jugendpsychiatrie; Aufenthalt bei schwierigen Auffälligkeiten ab dem 5. Lebensjahr (jüngere Kinder: Aufenthalt in der Kinderklinik); 17 Betten.
- Abteilung V: Psychosomatische Station mit Schwerpunkt Essstörungen (v.a. Anorexie), 26 Betten.
- Aufnahmestation VI: Schwerpunkt: akute Suchtproblematik, akute körperliche Psychosen, akute Krisen; 18 Betten.
- Sonderstation VII: Patienten der privaten Versicherungsklasse; gemischte Diagnosen und Geschlechter, 10 Betten.
- Tagesklinik: für ambulante Patienten; 18 Plätze; Schwerpunkt: Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen.

Die gesamte Universitätsklinik für Psychiatrie wird als offene Klinik gesehen, mit Ausnahme der zwölf Betten in den beiden geschlossenen Abteilungen.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Auf der PUK Innsbruck wurden bereits Patientenzufriedenheits-Messungen durchgeführt. In allen Bereichen (allen Stationen des Landeskrankenhauses-Universitätsklinik Innsbruck) wurde dabei derselbe standardisierte Fragebogen hergenommen. Er ist dadurch sehr allgemein gehalten und geht auf bereichsspezifische Dinge, wie z.B. psychiatrische Eigenheiten (bestimmte Therapiearten, keine Anwendung von chirurgischen Eingriffen), *nicht* ein. Die Resultate werden quartalsmässig den Vorständen der jeweiligen Abteilungen überreicht und gegebenenfalls das Personal informiert. Die Rücklaufquote ist sehr gering und liegt bei ca. 5 %. Umsetzungsmassnahmen aufgrund der gesammelten Daten sind selten. Aus diesen Gründen erscheint der Stellenwert dieser Patientenbefragung eher fragwürdig. Gemäss Auskunft der Qualitätssicherungsabteilung wird jedoch daran gearbeitet, ein standardisiertes Instrument zur Patientenzufriedenheit in der Klinik selber zu entwickeln und mit diesem jeweils zweijährliche Befragungen durchzuführen. Der psychiatrische Bereich bleibt dennoch ein separater Bereich, dessen Patientenbefragung nicht mit dem standardisierten, für die übrigen Kliniken (Medizin, Chirurgie etc.), d.h. für somatische Kliniken gültigen Instrument aufgrund des speziellen Patientengutes durchgeführt werden kann.

Der bisher an der Universitätsklinik Innsbruck verwendete Fragebogen selbst wird bei der Anmeldung dem Patienten mitgegeben, der ihn ausgefüllt entweder dem Stationspersonal abgeben oder bei der Abmeldung in die gekennzeichnete blaue Box werfen kann. Ebenso erhält jeder stationäre Patient bei Eintritt in das Landeskrankenhaus-Universitätsklinik Innsbruck eine Broschüre mit relevanten Informationen, wie beispielsweise Infos über Dienstleistungen, Sozialleistungen, Rechte, Pflichten, Anmeldung.

DATENSCHUTZBESTIMMUNGEN

In der Schweiz ist am 1. Juli 1993 das Datenschutzgesetz (DSG) des Bundes in Kraft getreten. Es bezweckt den Schutz der Persönlichkeit und der Grundrechte von Personen, über die Daten bearbeitet werden (Art. 1). Gesundheitsdaten gehören nach Art. 3 Buchstabe c Ziff. 2 DSG zu den besonders schützenswerten Personendaten.

In Österreich gilt seit dem 1. Jänner 2002 ein neues Datenschutzgesetz, das DSG 2000. Es löste das seit 1980 geltende alte Datenschutzgesetz ab und wurde notwendig, um die österreichische Rechtslage an die Vorgaben der Europäischen Union anzupassen.

Das Schweizer Datenschutzgesetz fordert für die Verwendung von Daten die Einhaltung bestimmter Grundsätze. Diese Grundsätze sind teilweise eher allgemein umschrieben, jedoch wird die Zulässigkeit der Verwendung von sensiblen Daten abschliessend und sehr konkret geregelt. Zu den sensiblen Daten zählen Informationen über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinung, religiöse oder philosophische Überzeugung, Sexualeben oder Gesundheit. Grundsätzlich sieht das Datenschutzgesetz 2000 sogar ein Verbot der Verarbeitung sensibler Daten vor. Von diesem Verbot muss es Ausnahmen geben, v.a. bei Spitälern, die natürlich Gesundheitsdaten verarbeiten müssen.⁴⁴

Der Datenschutz wird in vorliegender Studie in dem Sinne gewährleistet, als dass die Fragebögen vom Spital selber an die Patienten versandt werden. Auf dem Fragebogen befindet sich die individuelle Patientenidentifikationsnummer (PID).

Der Fragebogen wird vom Patienten direkt an ein Postfach der Doktorandin gesandt und mittels der PID erfasst. Das Spital erhält nach Abschluss der Pilotstudie zwar die eigenen Rohdaten zugesandt, jedoch ohne die Angabe der PID. Ein Rückschluss der Ergebnisse auf Einzelpersonen ist daher nicht möglich.

⁴⁴ Weitere Infos unter : www.ourworld.compuserve.com/homepages/gesundheitsdatenschutz.htm

Diese Vorgehensweise wurde auch durch den Datenschutzbeauftragten der Datenschutz-Aufsicht Basel-Stadt, Herrn J.-L. Wanner sowie Herrn A. Dittmann, Datenschutzbeauftragter der PUK Basel, überprüft und für zulässig erklärt.

Auf dem Fragebogen müssen jedoch gemäss Herrn Wanner folgende Hinweise für den Patienten enthalten sein:

- Die Umfrage muss deutlich sichtbar als freiwillig bezeichnet werden.
- Die Fragebogen sind zu vernichten, sobald sie EDV-mässig erfasst worden sind.
- Die Fragebögen dürfen der PUK nicht zur Verfügung gestellt werden.
- Die statistische Darstellung muss den Regeln der Statistiker entsprechen.

Diese Voraussetzungen wurden erfüllt.

KURZER EXKURS: Beispiel einer Datenschutzverletzung

Wie brisant Datenschutz ist, konnte man unlängst erkennen, als im vergangenen Herbst die Krankenkasse Helsana 40 000 Versicherte über ihren Hausarzt befragte. Es handelte sich dabei um Patienten von 220 Allgemeinpraktikern aus fast allen Kantonen der Schweiz.

Illegal dabei war, dass Helsana die Umfrage nicht selber durchgeführt hat, sondern diese dem Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik der Universität Freiburg übertragen hat. Die Universität Freiburg erhielt dazu Namen und Adressen von Patienten und Ärzten von der Helsana. Aus Sicht des Datenschutzgesetzes sind jedoch Namen und Adressen der Versicherten und Ärzte besonders schützenswert.

Mit einer solchen Ärztebenotung möchte Helsana zu teure und schlechte Ärzte ausfindig machen. Bislang dürfen die Kassen in der Grundversicherung keinen Arzt ausschliessen. Das könnte sich im Falle der Aufhebung des so genannten Vertragszwangs ändern, weshalb Helsana eine Ratingliste benötigt. Nun muss Helsana mit einer Klage der FMH Schweiz, der Vereinigung der Schweizer Ärzte, rechnen. Die in der Befragung von Helsana erhobenen Daten von 11 000 Versicherten sind einstweilen „eingefroren“.

9.2.3 Selbsthilfeorganisationen

Zusätzlich zu den beiden psychiatrischen Universitätskliniken Innsbruck und Basel haben noch etliche Selbsthilfeorganisationen, kurz SHO, für Psychiatrieerfahrene an dieser Pilotstudie teilgenommen. Es handelt sich dabei um Selbstbetroffenenorganisation verschiedener Diagnosearten. Der Einfachheit halber sind die grössten aufgelistet:

Equilibrium⁴⁵: Der Verein für Depressionsbetroffene (Gründung 1994) bietet in der ganzen Schweiz Selbsthilfegruppen an. Zudem leistet Equilibrium Öffentlichkeitsarbeit zum Zwecke der Entstigmatisierung und Informationsvermittlung über Depressionen. Dazu führt der Verein Tagungen, Seminare und Vorträge durch, organisiert Workshops an Schulen oder anderen Institutionen. Equilibrium versendet vierteljährlich einen Newsletter, in dem über die Aktivitäten informiert wird.

Oberstes Ziel ist die gemeinsame Bewältigung von Depressionen in all ihren Erscheinungsformen. In einer Selbsthilfegruppe treffen sich Betroffene oder Angehörige zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch, zur gemeinsamen Suche nach möglichen Bewältigungsformen, aber auch, um von der Gruppe Gleichbetroffener getragen zu werden. Die Selbsthilfegruppen ermöglichen Betroffenen und Angehörigen den Aufbau von neuen sozialen Kontakten.

Equilibrium finanziert sich ausschliesslich über Gönner, wobei die Werner Alfred Selo Stiftung dem Verein sehr nahe steht und ihn immer wieder mit namhaften Beiträgen unterstützt.

Psychose-Seminar von Pro Mente Sana: Die Stiftung Pro Mente Sana wurde 1978 gegründet. Sie setzt sich für die Anliegen von psychisch erkrankten und behinderten Menschen ein und kämpft für gesicherte Rechte sowie die soziale und berufliche Integration der betroffenen Personen. Die Stiftung bietet Beratung, vielfältige Informationen und Möglichkeiten zur Diskussion zwischen betroffenen Personen, Angehörigen und Fachleuten an. Sie wirbt in der Öffentlichkeit um Verständnis für psychisch kranke Menschen. Die Stiftung ist auf dem Gebiet der ganzen Schweiz tätig. Als gemeinnützige Organisation ist sie parteipolitisch und konfessionell unabhängig.

⁴⁵ Weitere Informationen zu Equilibrium: siehe www.depressionen.ch

Pro Mente Sana finanziert sich über öffentliche Beiträge von Bund, Kantonen und Gemeinden, über private Zuwendungen von Spendern und Gönnern sowie über den Ertrag aus Dienstleistungen und dem Stiftungskapital.

Pro Mente Sana fördert das Gespräch zwischen betroffenen Personen, Angehörigen und Fachleuten. Aus diesem Grund unterstützt die Stiftung auch die **Psychose-Seminare**, bei denen auf „neutralem Boden“ die Möglichkeit eines gleichberechtigten Austausches zwischen professionell Tätigen geschaffen wird. Psychose-Seminare werden seit 1996 in der gesamten Schweiz durchgeführt. Die regionalen VertreterInnen sind zusammengeschlossen im Gesamtschweizer Treffen, das von Pro Mente Sana koordiniert wird.

Omnibus e. V. (eingetragener Verein): Dieser Verein wurde 1998 gegründet und ist als Interessensvertretung und Beratungsstelle von Psychiatrie-Psychose-Erfahrenen in Vorarlberg (Österreich) tätig mit folgenden Schwerpunkten: Information, Beratung, Aufklärung, Selbsthilfe, Unterstützung, Vermittlung und Begleitung von Psychoseerfahrenen, wobei dem „Empowerment“, der Ermutigung zur Übernahme von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung besonderes Augenmerk zuteil wird. Omnibus unterstützt und beteiligt sich zudem - analog zum Schweizer Psychose-Seminar - am Trialog-Gespräch, zu dem sich Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Mitglieder der helfenden Berufe treffen.

Die Vereinsziele beinhalten neben der Förderung der Rechte und Anliegen von Psychoseerfahrenen die Verbesserung der sozialen Situation und der wirtschaftlichen Absicherung, die Unterbindung von Stigmatisierung und Diskriminierung sowie die Aufklärung der Öffentlichkeit über das Leben und Leiden von Psychiatriebetroffenen. Dabei werden zudem noch Selbsthilfe-Initiativen gefördert und unterstützt.

Omnibus agiert gemeinnützig und wird vom Bundessozialamt Vorarlberg aus Mitteln der Beschäftigungsoffensive der österreichischen Bundesregierung gefördert.

Neben diesen oben genannten Selbsthilfeorganisationen und Interessensvertretungen waren noch folgende Selbsthilfeorganisationen an der Pilotstudie beteiligt (Reihenfolge gemäss Datum des Aussandes der Fragebögen):

Verein Projekt SHG Depressionen Chance, Besuchsdienst Solothurn, Tagesklinik des Externen Psychiatrischen Dienstes Aarau, Sozialpsychiatrischer Dienst Einsiedeln, Tageszentrum Stiftung Phoenix, Allegretto Verein für psychisch Behinderte, VASK Ostschweiz Verein der Angehörigen von Schizophrenie/Psychisch Kranken, Sozialdienst der Psychiatrischen Klinik Herisau, Schweizerische Fibromyalgie Vereinigung, Stiftung Werkstar für Psychiatrieerfahrene, Tagesklinik des Externen Psychiatrischen Dienstes Liestal sowie etliche selbstbetroffene Privatpersonen.

9.3 Methodik der Pilotstudie

9.3.1 Beschreibung der Stichprobe

In beiden teilnehmenden psychiatrischen Universitätskliniken (PUK) konnten je 600 Patienten – das sind insgesamt 1 200 Patienten – angeschrieben werden. In den Selbsthilfeorganisationen (SHO) wurden insgesamt 1 167 Personen angeschrieben. Folgende Einschlusskriterien für die Patienten in den PUKs mussten erfüllt sein: Das Mindestalter des Patienten durfte 18 Jahre (Stichtag: 01. Januar 2003) nicht unterschreiten; der Patient musste stationär psychiatrisch behandelt worden sein (Von einem stationären Aufenthalt spricht man ab einem Aufenthalt von 24 Stunden in der Psychiatrie, der so genannten „Bettbelegung“.). Zudem wurden alle diagnostischen Kategorien und alle Einweisungsarten (auch Zwangseinweisungen) eingeschlossen. Mehrfachhospitalisierte konnten mehrfach befragt werden. Bei den Selbstbetroffenenorganisationen füllten diejenigen Personen einen Fragebogen aus, die einen stationären Aufenthalt in einer Psychiatrie erlebt hatten.

Insgesamt ergaben sich 591 korrekt ausgefüllte Fragebögen, wobei für die Analysestichprobe 506 Datensätze verwendet werden konnten (siehe Pkt. 9.3.3.2 Details zur Auswertung). Dabei überwogen mit 56 % die Frauen. 50.3 % der Ausfüller waren unter 45 Jahre alt, 39.6 % der Ausfüller zwischen 45 und 65 Jahre. Patienten über 65 Jahre waren mit 10.1 % vertreten. Von den 506 Patienten der Analysestichprobe erlebten 221 Patienten (44.8 %) einen Aufenthalt auf einer geschlossenen Abteilung, 78 Patienten wurden zwangseingewiesen (15.9 %). Damit sind alle Aufnahme- und Abteilungsarten genügend abgedeckt.

RÜCKLAUF

In den beiden Universitätskliniken wurde eine Vollerhebung durchgeführt. Die Grundgesamtheit umfasste insgesamt N = 1 251 ausgetretene Patienten im Zeitraum von Juli 2002 bis Dezember 2002 (PUK Innsbruck; N = 600) sowie September 2002 bis Januar 2003 (PUK Basel; N = 600). Die Daten (Alter, Geschlecht, Versicherung etc.) über die gesamthaft ausgetretenen Patienten wurden von den PUKs elektronisch mittels einer Datenbank gesandt. Alle retournierten Fragebögen wurden erfasst (Tab. 12). Den Rücklauf bildeten die effektiv verwertbaren Fragebögen, d.h. die korrekt ausgefüllten Fragebögen (Tab. 13). Es ergab sich ein gesamthafter Rücklauf von 25 %.

Tab. 12 Informationen über die retourgesandten Fragebögen in Häufigkeiten

Teilnehmer	Korrekt ausgefüllte FB	Leere, verweigerte FB	Unbrauchbare FB	Verstorbene Patienten	Unzustellbare FB
PUK Basel	169	23	0	9	67
PUK Innsbruck	190	8	0	5	41

Tab. 13 Rücklauf in der Pilotstudie

Teilnehmer	Rücklauf in Häufigkeiten	Rücklauf in Prozent
PUK Basel	169 (von 600)	28.1 %
PUK Innsbruck	190 (von 600)	31.7 %
SHO	232 (von 1 167)	19.9 %
GESAMT	591 (von 2 367)	25 %

Anmerkung:

Den Rücklauf in Häufigkeiten bilden die korrekt ausgefüllten Fragebögen; der in Klammer gesetzte Wert ist die gesamthaft ausgesandte Fragebogenmenge.

Eine Rücklaufquote zwischen 30 % und 40 % – in meinem Fall bei 25 % – ist in wissenschaftlichen Studien mit postalischer Befragung generell üblich (Ruggeri, 1994, S. 219). Es kann daher nicht, wie Druss et al. (1999) behaupten, postuliert werden, dass sich psychiatrische Patienten von somatisch erkrankten Personen bezüglich des Teilnahmeverhaltens an einer wissenschaftlichen Studie unterscheiden. Bei den PUKs zeigte sich eine

durchaus durchschnittliche Rücklaufquote von ungefähr 30 %; bei den Selbsthilfeorganisationen zeigte sich ein etwas geringerer Rücklauf von 19.9 %. Dies ist wahrscheinlich auf den fehlenden Versand eines Erinnerungsschreibens zurückzuführen. In beiden PUKs wurden die Patienten, die nach drei Wochen noch nicht geantwortet hatten, nochmals mit einem Erinnerungsschreiben angeschrieben.

REPRÄSENTANZ

Durch Übermittlung der Patientenaustrittsdaten der Kliniken konnte ein direkter Vergleich zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe in den PUKs hinsichtlich Geschlecht, Alter, Versicherung, Eintrittsarten und Diagnosen angestellt werden. Die Ergebnisse werden im Folgenden kurz dargestellt. Sie sind detailliert im **Anhang A 14** ersichtlich.

Während in der Grundgesamtheit die Geschlechter ungefähr gleich verteilt sind (52 % Frauen zu 48 % Männer), zeigt sich ein Unterschied in der Analysestichprobe: Hier antworteten 58 % Frauen im Gegensatz zu 42 % Männern. Das eingesetzte Chi-Quadrat-Verfahren zeigte zwar, dass sehr signifikant häufiger Frauen als Männer antworteten ($\chi^2 = 6.06$, $p = .01$). Aufgrund des proportionalen Verhältnisses der Geschlechter ist diese Signifikanz jedoch eher zu generalisieren.

Bezüglich des Alters ist in der Grundgesamtheit der Grossteil der ausgetretenen Patienten (56 %) unter 45 Jahre alt, 29 % der ausgetretenen Patienten ist zwischen 45 und 65 Jahre und ein geringer Prozentsatz (15 %) ist über 65 Jahre alt. Die Stichprobe zeigt eine ähnliche Häufigkeitsverteilung: 52 % der befragten Patienten sind jünger als 45 Jahre, 33 % zwischen 45 und 65 Jahre und 15 % der Ausfüller über 65 Jahre. Es fand sich keine Signifikanz bezüglich des Chi-Quadrat-Verfahrens ($\chi^2 = 3.21$, $p > .05$).

Bezüglich der Versicherungen zeigt sich ein Versicherungsanteil von Halbprivaten und Privaten in der Grundgesamtheit von 11 %; der Anteil an allgemein versicherten Patienten beträgt 89 %. In der Analysestichprobe ergaben sich 17 % Halbprivat/Privatpatienten gegenüber 83 % Allgemeinpatienten. Der Chi-Quadrat-Test zeigte ein hochsignifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 13.16$, $p < .001$): Es sind überdurchschnittlich mehr halbprivate/private Patienten vertreten als allgemeinversicherte Patienten. Ursache könnte sein, dass höher versicherte Patienten durch ihre höheren Versicherungsbeiträge mehr Wert auf die Spitalbehandlung und ihre Zufriedenheit legen als allgemeinversicherte Patienten. Dieses Ergebnis wird bei der Interpretation besonders berücksichtigt.

Bezüglich der Eintrittsarten traten 89 % der Patienten freiwillig in die Klinik ein, bei 11 % der Patienten musste eine Zwangseinweisung (fürsorgerischer Freiheitsentzug) angewandt werden. Die Studienteilnehmer selbst sind zu 95 % freiwillig in der Klinik, nur mehr 5 % wurden zwangseingewiesen. Das Ergebnis ist hochsignifikant ($\chi^2 = 12.75$, $p < .001$): Es zeigen sich in der Stichprobe überproportional mehr Patienten, die auf freiwilliger Basis in der Klinik sind als zwangseingewiesene Patienten. Ein Grund könnte sein, dass letztere durch die Zwangseinweisung sehr starken Druck von aussen erfahren haben, diesen Druck negativ werten und mit der Klinik „nichts mehr zu tun“ haben möchten. Das Ergebnis bedarf ebenso wie bei der Versicherung einer besonderen Berücksichtigung bei der Interpretation der Ergebnisse.

In der Grundgesamtheit sind bezüglich der Diagnose die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zu 6 % vertreten, die affektiven Störungen zu 22 %. Organische Störungen und Schizophrenie sind mit 5 % bzw. 23 % vertreten, Psychosomatik, Neurosen mit 11 %, Suchtproblematik und altersspezifische Störungen mit 29 bzw. 4 %. Bei den Studienteilnehmern finden sich hochsignifikant mehr affektive Störungen, mehr Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie weniger Schizophrenie ($\chi^2 = 22.80$, $p < .001$). Dieses Ergebnis ist zwar höchst auffällig, jedoch sind alle Diagnosen in der Stichprobe vertreten. Die Signifikanz der einzelnen Diagnosegruppen wird in der Interpretation berücksichtigt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass hinsichtlich der Geschlechterverteilung und Altersgruppen die Stichprobe der beiden teilnehmenden Universitätsspitäler als repräsentativ für das übliche Patientengut einer psychiatrischen Universitätsklinik betrachtet werden kann. Hinsichtlich Versicherungskategorie, Eintrittsart und Diagnose ist zu berücksichtigen, dass mehr Halbprivat/Privatversicherte, mehr freiwillig Eingelieferte und mehr Patienten mit affektiver Störung sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und weniger Schizophrenie in der Stichprobe vertreten sind.

VERGLEICH RESPONDENTS VS. NON-RESPONDENTS

Es zeigte sich in einigen Studien (z.B. Druss et al., 1999), dass ältere und weibliche Patienten eher antworteten (Respondents) als umgekehrt. Aufgrund der Datenlieferungen der Spitäler konnten in der vorliegenden Studie die Respondents mit den Non-Respondents verglichen werden. Es wurden dabei die prozentuellen Verhältnisse der Variablen Geschlecht, Alter, Versicherung, Eintrittsart und Diagnose in der Gesamtpopulation ($N = 1\,251$) als erwartete Werte in der Stichprobe ($n = 359$) postuliert.

Im Vergleich Respondents zu Non-Respondents zeigte sich, dass in den Spitälern hochsignifikant mehr Frauen ($\chi^2 = 9.05$, $p < .001$), hochsignifikant mehr Halbprivat/Privat-versicherte ($\chi^2 = 17.03$, $p < .001$) und hochsignifikant mehr freiwillig Eingetretene ($\chi^2 = 19.76$, $p < .001$) geantwortet haben. Zudem finden sich in der Gruppe der Respondents hochsignifikant mehr depressive und weniger schizophrene Patienten ($\chi^2 = 30.04$, $p < .001$). Die detaillierten Ergebnisse sind im **Anhang A 15** ersichtlich.

Somit bestätigt sich auch in vorliegender Studie, dass in Patientenbefragungen *Frauen signifikant häufiger antworten*. Das Ergebnis, dass ältere Patienten ebenfalls öfters antworten, bestätigt sich in vorliegender Untersuchung nicht. *Signifikant ist zudem die Einweisungsart und die Diagnose*, beide Resultate widerlegen die Ergebnisse von Studien, die keine Unterschiede zwischen Geschlecht, Diagnose und Aufenthaltsmodus belegen (z.B. Fährdrich und Smolka, 1998; Ito et al., 1999; Sandlund & Hansson, 1999).

9.3.2 Untersuchungsablauf

Der Fragebogen wurde poststationär versandt. Vorteile dieser Vorgehensweise – insbesondere das Entgegenwirken der sozialen Erwünschtheit – werden im Anschluss an die Beschreibung des Untersuchungsablaufes als Exkurs angeführt.

9.3.2.1 Untersuchungsablauf in den PUKs

Der Pilot-Fragebogen wurde in beiden Kliniken mit einem Begleitschreiben der Klinik an *jeweils $N = 600$ Patienten⁴⁶ poststationär (nach ihrem Spitalaufenthalt)* gesandt. Dem Schreiben und Fragebogen beigelegt war ein bereits an die Dissertantin adressiertes und frankiertes Rückantwortkuvert.

In den Begleitbriefen wurde die Studie kurz vorgestellt, zusammen mit den Hinweisen, dass die Angaben vertraulich und anonym behandelt werden, kein Rückschluss auf die Person möglich und die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist. Im Begleitschreiben der PUK

⁴⁶ Da in der PUK Basel eine hohe Fehlerquote von 10 % an falschen Adressen des Erstversandes zu verzeichnen war, wurden im Rahmen des Zweitversandes nochmals 60 Versandsets an „korrekte“ Adressen ausgesandt, um die Stichprobe von 600 Patienten zu erreichen. Diese 60 Patienten erhielten aus zeitlichen Gründen *kein* Erinnerungsschreiben.

Basel war zudem der Hinweis angebracht, dass es sich hierbei um eine einmalige Studie handelt und kein Zusammenhang mit der in der PUK Basel durchgeführten Patientenbefragung mit dem Poc-18 besteht. Die Begleitbriefe sind im **Anhang A 16** ersichtlich.

Begleitbriefe in poststationären Befragungen sprechen den Patienten direkt an und informieren ihn über den Inhalt der Studie. Gemäss dem Begleitschreiben in den Studien von Webb, Clifford und Graham (1999) sowie Holmes et al. (1998) wird auch in meiner Studie in den Begleitschreiben der wissenschaftliche Wert des Patientenfeedbacks⁴⁷ betont, um mit dieser Information eine Evaluation der Behandlung und einer Behandlungsverbesserung zu erreichen. Zudem wurden die Begleitbriefe bewusst in einer „einfachen“ Sprache gehalten (siehe auch Amering, Denk, Griengl und Sibitz, 1998, S. 172).

Drei Wochen nach dem Versand (= Erstaussand) erfolgte ein weiterer Versand (= Zweit-aussand) für diejenigen Patienten, die innerhalb dieses Zeitraumes noch nicht geantwortet hatten. Im Begleitschreiben des Erinnerungsaussandes wurden die im Schreiben des Erstaussandes erwähnten Hinweise (Freiwilligkeit etc.) aufgenommen und nochmals der Fragebogen zusammen mit dem Rückantwortkuvert beigelegt. Im Begleitbrief der PUK Basel wurde eingefügt, dass diese Befragung unabhängig von der Patientenbefragung ist, die am Ende des Klinikaufenthaltes stattfindet (= gesetzliche Patientenbefragung; Instrument: PoC-18).

Die Versandsetunterlagen des Erst- und des Zweitversandes wurden von mir in die jeweilige Klinik geliefert. Dazu war vorgängig notwendig, die entsprechende Menge an Spitalbriefpapier für die Begleitbriefe sowie Spalkuverts von den Kliniken anzufordern. Die Menge des Erstversandes betrug jeweils 600 Versandsets für die PUK Innsbruck und für die PUK Basel. Beiden Kliniken wurden nochmals 400 Stück Versandsets für den Zweitversand zur Verfügung gestellt.

Die Kliniken versandten aus Datenschutzgründen die Unterlagen selbst. Auf den Fragebogen brachten sie den Spitalnamen und die individuelle Patientennummer⁴⁸ der Klinik an, um ersichtlich zu machen, welcher Patient aus der Grundgesamtheit geantwortet hat. Durch die Übermittlung der Daten aller ausgetretenen Patienten konnten die eingehenden Fragebogen registriert werden.

⁴⁷ Auf eine mögliche freiwillige Teilnahme an Forschungsprojekten wird in der Informationsbroschüre der PUK Basel hingewiesen (Eich et al., 1999, S. 19).

⁴⁸ Jede Klinik vergibt an ihre Patienten eine Identifikationsnummer. Im Normalfall besteht sie aus einer Stammmnummer, versehen mit einer Zusatznummer für die Anzahl der Eintritte in die Klinik (= Fallnr.).

DIE DATENÜBERMITTLUNG DER KLINIKEN

Bestimmte klinische und soziodemografische Daten wurden von den Kliniken an die Doktorandin elektronisch übermittelt. Folgende Daten wurden anonymisiert, d.h. ohne Adresse des Patienten übermittelt: *Patientennummer (PUK Innsbruck) oder Laufnummer (PUK Basel), Diagnose des Patienten, Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Versicherungsart, Einweisungsart.*

9.3.2.2 Untersuchungsablauf in den SHOs

Nachdem die beiden Universitätskliniken für Psychiatrie Innsbruck und Basel für die Studie gewonnen werden konnten, wurde die Studie bei einem Seminar einer Schweizer Interessensvertretung (Pro Mente Sana) vorgestellt. In einer Liste konnten sich interessierte Selbstbetroffene eintragen. Auf einer Impulstagung von Pro Mente Sana wurde der Dissertandin die Möglichkeit eingeräumt, die Studie kurz vor ca. 200 Teilnehmern zu präsentieren. Somit konnten nochmals zehn Selbsthilfeorganisationen erreichen werden. In Österreich konnte der Verein Omnibus e.V. in Vorarlberg für die Studie gewonnen werden.

Der Fragebogen wurde direkt mit Begleitschreiben und Rückantwortkuvert an die interessierten Organisationen und einzelnen Selbstbetroffenen geschickt. Zudem konnte der Fragebogen samt Rückantwortkuvert dem vierteljährlich erscheinenden Newsletter mit einem Lesepublikum von ca. 400 Personen beigelegt werden.

EXKURS: DIE POSTSTATIONÄRE BEFRAGUNG

Keller et al. (2000) führen in ihrer Studie bezüglich Patientenzufriedenheit mit der stationären Depressionsbehandlung aus, dass sie den Fragebogen (ZUF-8) erst am Ende des stationären Aufenthaltes einsetzen, um einen Aspekt der Ergebnisqualität beurteilen zu können. Weiters geben sie an, dass die Ergebnisse zudem weniger von depressiver Symptomatik eingefärbt sein würden, da die Patienten erst bei Entlassung befragt werden. Ausserdem dürfte die Zahl ausgefüllter Bögen vollständiger sein, da während und insbesondere zu Beginn der Therapie viele Patienten oft nicht in der Lage sind, Fragebögen auszufüllen.

Weiters beeinflusst den Rücklauf nicht, ob der Fragebogen bereits in der Klinik durch persönlichen Kontakt oder über einen Postversand gemacht wird: In der Studie von Watson und Leathem (1996) gab es *keinen* Unterschied im Rücklauf bezüglich der beiden Methoden

(Übergabe des Fragebogens CSQ-8 in der Klinik durch Personal und Versand des CSQ-8 nach Hause mit Erinnerung nach drei Wochen). Auch Satzinger et al. (2001, S. 187) befürworten eine poststationäre Befragung der Patienten und argumentieren damit, dass

- erst im nachhinein die Gesamtleistung vollständig beurteilt werden kann⁴⁹;
- Patienten während der Behandlung sehr stark belastet sind, mit dem Krankengeschehen befasst, zu krank oder durch Medikamente eingeschränkt sind und deshalb zu einem abgewogenen Urteil kaum in der Lage sind;
- Patienten mit einem gewissen Zeitabstand zum Ereignis ehrlicher und kritischer antworten.

Für eine poststationäre Befragung hat sich in vorliegender Arbeit auch eine Hypergestalt in der qualitativen Phase herausgebildet (siehe Pkt. 5.6 Untersuchungsergebnisse von Gabek, HG 1 Zeitpunkt Befragung, Endphase, nach Entlassung und Rücklaufquote). Dieses Ergebnis befürwortet eine Befragung des Patienten entweder in der Endphase oder poststationär. Ein Interviewteilnehmer (Psychiater) drückte den Vorteil einer poststationären Befragung wie folgt aus: „Ich würde das nach dem Aufenthalt machen. Wenn man vorher fragt, kann es sein, dass zum Beispiel ein ängstlicher Patient glaubt, dass, wenn er etwas 'Falsches' im Bogen ausfüllt und er nicht aus Klinik herauskommt“ (Karteikarte Fr).

Zudem füllt der Patient den Fragebogen selber aus. Ergebnissen wie beispielsweise in der von Crawford und Kessel (1999, S. 2) zitierte Studie von Warner et al. (o.A.) können durch eine poststationäre Befragung vermieden werden. In dieser Studie fragte ein Psychiater seine eigenen Patienten, ob sie irgendwelche positive oder negativen Kommentare über ihre Behandlung machen möchten. Das Resultat war: „No negative comment were recorded“.

Zudem wird bei einer poststationären Befragung dem Bias der sozialen Erwünschtheit entgegengewirkt, ein oftmals in Studien beobachteter Effekt, der bewirkt, dass Probanden durch Anwesenheit von Personal die Situation positiver bewerten als ohne Anwesenheit von Personal (Spiessl et al., 1996).

Dieses Problem der Veränderung der Antworten oder Äusserungen in Richtung einer sozialen Erwünschtheit scheint laut den Autoren Gruyters und Priebe (1994) ein generelles Problem bei Studien zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien zu sein (siehe auch Eysers et al., 1994). Die beiden Autoren bemängeln in ihrem Übersichtsartikel, dass in den meisten

⁴⁹ Eine Beurteilung des gesamten Behandlungszeitraumes ist laut Swoboda et al. (1997) auch ein Vorteil bei einer Fragebogenverteilung *am Entlassungstag*; Hribek und Schmalen (2000) fügen zudem eine generell hohe Ausschöpfungsquote und geringe Kosten als Argument für diese Methodik an.

Untersuchungen Angaben darüber fehlen, ob der Untersucher wirklich unabhängig, also nicht selbst in die Behandlung involviert war, und inwieweit das auch für den Patienten ersichtlich war. Zudem fehlen oft Angaben darüber, in welchem konkreten Setting (Klinik, ambulant, allein, in der Gruppe) die Befragung erfolgt.

Gill et al. (1998) untersuchten in ihrer Studie mit 375 ambulanten psychiatrischen Patienten deren Patientenzufriedenheit (Messinstrumente: Client Satisfaction Questionnaire, Member Satisfaction Scale). Sie variierten die Untersuchungsmethodik so, dass die Messung einmal vom Personal selber, ein anderes Mal von ehemaligen Patienten durchgeführt wurde. Die Hypothese lautete, dass die Zufriedenheitswerte bei den Patienten-Durchführern geringer ist als die Zufriedenheitswerte bei den Personal-Durchführern, da keine sozial erwünschten Antworten mehr gegeben werden müssten.

Das Resultat war allerdings, dass die Durchführung der Messung von ehemaligen Patienten nicht zur einer Verringerung der Zufriedenheitswerte führte; stattdessen wurde eine Interaktion der „Protagonisten“, ehemaliger Patient vs. Personal gefunden. Die Autoren nehmen an, dass die ehemaligen Patienten versucht haben, sich als erfolgreichen Patienten darzustellen, um bei spätere Kontakten das Personal „bei Laune zu halten“. Lebow (1982, S. 247) spricht in diesem Fall von einem „ingratiation response set“ und führt aus: „Consumers may alter their responses as they consider who will read these surveys, how the surveyors will regard them, how the surveys will affect their future requests for service and the careers of the practitioners who offered them treatment.“

Dieses Ergebnis wurde bei Polowczyk et al. (1993) nicht bestätigt: In ihrer Studie interviewte einerseits das Klinikpersonal psychiatrische Patienten (n = 305), andererseits führten Mitpatienten die Befragung bei den Patienten durch (n = 225). Das gewählte Messinstrument war die Consumer Satisfaction Questionnaire CSQ. Obwohl die Patienten über eine allgemein hohe Zufriedenheit berichteten, wiesen diejenigen Patienten, die von den Mitpatienten untersucht worden sind, signifikant geringere Werte auf.

Die Autoren vermuten, dass die Patienten offener und ehrlicher gegenüber Mitpatienten sind, indem sie keine sozial erwünschten Antworten geben, und schliessen daraus, dass der Einbezug von Konsumenten als Tester die Validität erhöht.

Lebow (1982, S. 250) schlägt ebenso vor, die Studien von unabhängigen Personen durchführen zu lassen, um Verfälschungstendenzen, wie sozial erwünschte Antworten oder die Ja-Sage-Tendenz, zu vermeiden. Dadurch, dass meine Person von den psychiatrischen Universitätskliniken unabhängig war (siehe auch Begleitschreiben im Anhang A 16), ist diese Forderung von Lebow, auch hinsichtlich der Validität des Instrumentes, erfüllt.

Zudem war eine Anonymität des Patienten insofern gegeben, als die Patienten den Fragebogen direkt zu mir schickten und dabei kein Rückschluss auf ihre Person gemacht werden konnte. Dies geht konform mit der Studie von Swoboda et al. (2000), die durch den Einsatz von einem anonymisierten Fragebogen einerseits die Hemmschwelle zur Teilnahme senkte, andererseits eine Verzerrung der Antworten in Richtung sozialer Erwünschtheit reduzierte.

9.3.3 Auswertung

9.3.3.1 Das Auswertungsprogramm

SPSS (**S**tatistical **P**ackage for the **S**ocial **S**ciences) ist ein System zu statistischen Analyse von Daten, bestehend aus einem Basismodul sowie zahlreichen Zusatzmodulen für spezielle Problemstellungen, das im Wesentlichen das gesamte statistische Methodenspektrum abdeckt. SPSS wurde ursprünglich für den Bereich der Sozialwissenschaften entwickelt, bietet jedoch auch für andere Anwendungsgebiete eine Vielzahl von statistischen Methoden an. Das Programm ist wohl das bekannteste und am meisten verbreitete Statistik-System.

Ausgehend vom so genannten Base Modul kann man sich ein System aufbauen, das diejenigen Module enthält, die man für seine Auswertungen benötigt. Das Base Modul bildet den Grundbaustein. Es enthält umfangreiche Möglichkeiten für File- und Datenmanagement sowie grundlegende Prozeduren für Grafik und Statistik.

In vorliegender Studie wurde die SPSS Standard Version 11.0 verwendet. Dieses Paket beinhaltet das Base Modul, Advanced Models (bietet Methoden für allgemeine lineare Modelle an), Professional Statistics, Trends (für Verfahren der Zeitreihenanalyse), Tables (für effiziente Präsentation von Daten in Tabellen), Categories (für Conjoint Analyse und optimale Skalierungsprozeduren für kategorielle Daten) sowie Amos (Strukturgleichungsmodelle).

SPSS kann durch die grafische Benutzer-Oberfläche leicht benutzt werden. Das Spektrum der Steuerung kann grossteils über Menüs und Dialogfenster, vollständig aber nur über Syntaxbefehle ausgeschöpft werden; bezüglich Grafik wird ein umfangreiches Spektrum von Darstellungen angeboten.

Die Universität Zürich hat mit der Firma SPSS eine spezielle Universitätslizenz abgeschlossen, die es erlaubt, den Instituten und den Studierenden sowie Mitarbeitern der Institute eine Kopie von SPSS zur lokalen Installation zu verteilen, was in vorliegender Studie auch gerne in Anspruch genommen wurde.

9.3.3.2 Details zur Auswertung

Folgende Details wurden in der Auswertung berücksichtigt bzw. durchgeführt:

- Die Auswertungsdatei wurde mit den Datenbanken der PUKs zusammengefügt („Merge“). Als verbindende Schlüsselvariable fungierte dabei die Patientennummer.
- Die Versicherungsklassen Halbprivat und Privat wurden aus Gründen der Häufigkeit, Praxisrelevanz und Lesbarkeit als eine Kategorie (HP/P) zusammengeschlossen.
- Das Alter wurde in Kategorien umgewandelt. Die drei Alterskategorien (< 45 Jahre; 45 - 65 Jahre; > 65 Jahre) wurden aufgrund des Medianwertes (50.1 % bei 44 Jahren) gebildet.
- Die von den Spitälern gelieferten Diagnosen wurden zusätzlich mit der Frage nach der Diagnose (Item 83 des Fragebogens) abgeglichen und einer neuen Variable zugeteilt.
- Die offenen Angaben bezüglich der Frage nach anderen Therapieformen (Item 38) wurden in einem neuen Item mit folgenden Gruppen zusammengefasst: Entspannungstechniken, Sport, Natur, kreative Therapien, Körpertherapien und kognitive Therapien.

Zudem werden Items, die *nicht* dazu beitragen, Zufriedenheit zu erheben, aus der teststatistischen Analyse wie folgt ausgeschlossen:

- Mehrfachantworten (Item 5) sind für testtheoretische Berechnungen nicht aussagekräftig.
- Bei Filterfragen (Item 2, Item 8, Item 47 und Item 68) fehlt die logische Abhängigkeit.
- Die Warm-Up-Frage (Item 1) dient lediglich als Einstiegsfrage und hat keine Relevanz für teststatistische Berechnungen.

Fehlende Angaben aufgrund Auskunftverweigerung in den Items wurden mit einer „9“ als „Keine Angabe“ definiert und als Missing Data aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen. Wenn sich die Frage nicht auf die befragten Personen bezog – wie dies bei den gefilterten Fragen vorkommt (z.B. bei keiner Medikamenteneinnahme müssen die Items nach den Fragen über Haupt- und Nebenwirkungen der Medikamente übersprungen werden) –, wurden diese fehlenden Angaben mit „-55“ als Missing Data kodiert. In der statistischen Skalenüberprüfung wurden die fehlenden Angaben („-55“) mit dem Mittelwert ersetzt. Die unterschiedlichen Fallzahlen in den Faktoren und Skalen ergeben sich dadurch, dass fehlende Werte („9“) nicht in die Reliabilitätsanalyse eingeschlossen wurden.

Es wurde darauf geachtet, dass die Kodezahlen „-55“ und „9“ nicht im realen Datenbestand auftauchen. Antwortkategorien „Betrifft mich nicht“ und „Nicht vorhanden“ werden als Missing Data mit dem Wert „9“ kodiert. Sie würden durch ihren in der Likertskala kodierten Wert die teststatistischen Werte verfälschen.

Zudem wurden die Items einheitlich gepolt. Der jeweils höchste Zufriedenheitsausdruck wurde mit dem höchsten Wert verrechnet und umgekehrt. Damit kann bezüglich der erhaltenen Werte (Mittelwerte etc.) gesagt werden: *je höher der Wert, umso zufriedener der Patient*.

Die unterschiedlichen Antwortkategorien stellten ein Problem in der Auswertung dar und wurden *mathematisch mittels linearer Regression* in ein einheitliches Antwortformat mit den Ausprägungen 1 bis 3 überführt. Die endgültige Version des Fragebogens wird hinsichtlich eines einheitlichen Antwortformats verbessert.

Die Items 30, Item 32 und Item 62 wurden aufgrund ihrer nicht-linearen Ausprägung inhaltlich zunächst wie folgt verändert: Item 30: „Zu wenig“ und „Zu stark“ als Mass für die Unzufriedenheit mit „1“ und „2“, „Ausreichend“ als Mass für die Zufriedenheit mit „3“. Item 32: „Zuviel“ und „Viel zu wenig“ in „1“, „Genau richtig“ in „5“. Item 62: „Viel zu spät“ und „Viel zu früh“ in „1“, „Genau richtig“ in „3“. Anschliessend wurden das Item 32 und das Item 62 ebenfalls einer mathematischen Skalierung unterzogen.

Für die weitere Datenanalyse wurden alle auswertbaren Fragebögen verwendet mit Ausnahme solcher mit mehr als 30 % fehlender Antworten (siehe auch Kolb et al., 2000, S. 78). Die diesbezügliche Annahme ist, einfach gesagt, dass, je vollständiger die Antworten auf die einzelnen Items, umso genauer sind auch die entsprechenden Skalen. Die Anzahl der

ursprünglich 591 Datensätze reduzierte sich dabei auf 506 Datensätze. Man muss dabei aber auch beachten, dass Antwortkategorien von Items, die für die Faktorenanalyse nicht relevant waren (die Antwortkategorien „Betrifft mich nicht“ bzw. „Nicht vorhanden“ in den Items 12, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 42, 59, 61, 63, 70, 71) als „9“ Missing Data in den Pool der fehlenden Antworten einfließen. Sie stellen im eigentlichen Sinne keine „fehlenden“ Antworten dar, sind aber für eine faktorenanalytische Auswertung nicht brauchbar.

9.4 Ergebnisse der Pilotstudie

9.4.1 Decken- und Bodenwert der Items

Es wurden der Deckenwert und der Bodenwert der Items berechnet. Unter dem Deckenwert eines Items versteht man die Häufigkeit der Antwortkategorien mit der höchsten Zustimmung; unter dem Bodenwert die Häufigkeit der Antwortkategorien mit der höchsten Ablehnung. Fragen, die zu über 70 % mit der höchsten Zustimmung beantwortet werden, d.h. deren Deckenwert über 70 % beträgt, werden für wenig aussagekräftig gehalten (siehe auch ZFB).

Items, die nicht dazu beitragen, Zufriedenheit zu erheben, wurden dabei nicht berücksichtigt. Es handelt sich dabei um eine Warm-Up Frage (Item 1), eine Mehrfachantwort-Frage (Item 5) sowie um vier Filterfragen (Items 2, 8, 47 und 68). Bei der Interpretation ist zudem zu beachten, dass hier eine *Umkodierung der verschiedenen Antwortformate in eine dreistufige Skala* noch nicht erfolgt ist.

Ein Deckenwert über 70 % wurde nur bei der Frage 30 „Wie gut sind Sie über das Therapieangebot informiert worden?“ gefunden. Das Item wurde dennoch in die Auswertung mit einbezogen, da die Antwortkategorie „Ausreichend“ zwar als höchste Zustimmung kodiert wurde, aber nicht unbedingt als höchste Zustimmung (als Deckenwert) gewertet werden kann. Die Skala des Items eignet sich nicht für eine Auswertung und wird, wie bereits bei den Details zur statistischen Aufbereitung und Datenmatrix erwähnt, revidiert.

Es zeigt sich im Grossen und Ganzen ein hoher Anteil an eindeutiger Zustimmung, vor allem hinsichtlich der Bereiche der Zuständigkeit von Arzt und Pflege (68.4 % bzw. 47 %), der fachlichen Betreuung des Arztes (44.4 %), einer respektvollen Behandlung, Höflichkeit,

Unterstützung und Vertrauen hinsichtlich aller Berufsgruppen (Ärzte, Personal, Therapeuten). 46.6 % der Patienten fühlen sich in ihrer psychischen Störung ernst genommen und verstanden. Mit ihren Angehörigen konnten 56.9 % der Befragten ungestört sprechen /telefonieren; 51.8 % wussten, an wen sie sich bei Reklamationen und Beschwerden wenden konnten. Die Bereiche betreffend das Angebot an Behandlungsalternativen zu Medikamenten (68.4 %), den richtigen Zeitpunkt der Entlassung (66.5 %) und der Kenntnis, wohin sich Patienten bei einem Rückfall wenden können (62.7 %), wiesen durchgängig hohe Zustimmung aus.

Therapieformen, die der Patient oftmals selber ausgesucht hat, werden als sehr hilfreich bewertet (60.9 %), wobei hier die 67 Patienten an erster Stelle Körpertherapien (34.3 %) nennen, gefolgt von den Entspannungstechniken und kreativen Therapien (jeweils 19.4 %). Kognitive Therapien spielen bei 13.4 % der Patienten eine Rolle, Sport und Natur wird mit 6 % bzw. 7.5 % genannt.

Auch die soziale Situation ist in genügendem Ausmass in die Therapie einbezogen worden (40.6 %). Das Zimmer wird hinsichtlich der Ansprüche zum grossen Teil als positiv bewertet (50.4 %), die Sauberkeit wird gelobt (46.5 %), ebenso wie die Rückzugsmöglichkeiten (62.7 %). Die meisten Patienten (49.6 %) würden eindeutig wieder in die Klinik kommen, ein Grossteil der Patienten (47.5 %) die Klinik eindeutig weiterempfehlen, wobei jedoch immerhin 12.3 % der Patienten eindeutig nicht mehr in die Klinik kommen und ebenfalls 12.3 % die Klinik eindeutig nicht weiterempfehlen würden.

Der Anteil an eindeutiger Ablehnung ist zwar nicht so stark wie der Anteil an Zustimmung, doch ist auch hier eindeutig zu erkennen, dass die befragten Patienten keineswegs nur positive und *keine* negativen Antworten gegeben haben, wie dies in vielen Studien über Patientenbefragungen der Fall war. Vor allem im Freiheitsentzug berichten zwangseingewiesene Patienten über mangelhafte Aufklärung über die Rechte und mangelhafte Hilfestellung bei der Wahrnehmung der Rechte (47.8 % und 60.9 %) und bei der Nachbesprechung von Zwangsmassnahmen (52.6 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich in der geschlossenen Abteilung: Auch hier berichten 46.2 % bzw. 40 % über keine Hilfestellung bezüglich Aufklärung und Wahrnehmung der Rechte. Auch die Frage nach einer hinreichenden Aufklärung über die Rechte und Pflichten im Aufenthalt allgemein verneinten 28.4 % der Befragten.

44.9 % der Patienten hatten mehrere Pflegepersonalwechsel, wobei 47 % über keinen Wechsel in der Zuständigkeit der Pflegepersonen berichten. Meine – trotz schlechten Evaluationsergebnissen – gestellte Frage nach dem Auslebendürfen der psychischen Störung während des Aufenthaltes beantworteten die Patienten mit einem Prozentsatz von 46.7 (!) mit „Nein“. Problematisch erscheint auch der Bereich „Verstehen der Informationen über die Haupt- und Nebenwirkungen der Medikamente“, der von 35.1 % der Befragten verneint wurde. Dabei zeigt auch die Frage nach dem Verstehen der Informationen über die Krankheit selber einen Ablehnungswert von 25.2 %. Bezüglich der Raucherecken bemängelten die befragten Raucher die Grösse der Raucherecken (20.6 %) sowie die Sitzmöglichkeiten (17.6 %).

28.4 % der Patienten fanden es schwer, bei Sorgen und Bedenken einen Gesprächspartner unter den Mitgliedern des Behandlungsteams zu finden. Das Schlussgespräch wurde mit 20 % der Stimmen als nicht hilfreich erlebt. 11.2 % der Patienten sind ziemlich unzufrieden mit der insgesamt erhaltenen Behandlung, 12.3 % ziemlich unzufrieden mit dem Ausmass der Hilfe, welche sie in der Klinik erhalten hatten. Auffallend ist zudem, dass die Items der ZUF-8 Skala mit Ausnahme der Fragen nach der Weiterempfehlung und dem Wiederkommen (47.5 % und 49.6 %) alle relativ niedrige Werte aufweisen (26.6 %, 34.2 %, 35.6 %, 28.2 %, 34.4 %; vgl. auch Schmidt et al., 1989, S. 250).

Die Häufigkeit bezüglich der Frage nach den Zwangsbehandlungsformen (Item 5) ist in der folgenden Tabelle (Tab. 14) aufgelistet. Auffallend bei den Zwangsbehandlungsformen ist der hohe Prozentanteil an dem Verbot, die Station zu verlassen (71.8 %), gefolgt von der zwangsweise verordneten Einnahme von Tabletten (46.8 %) und der Massnahme, unter Beobachtung des Pflegepersonals gestellt zu sein (45.8 %).

Tab. 14 Häufigkeiten der Frage nach den Zwangsmassnahmen (Item 5)

Nr	Itemtext	n	%
5a	Wurden während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? Fixierung.	18	18.7
5b	Wurden während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? Isolierung im Zimmer.	35	36.4
5c	Wurden während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? Verbot, die Station zu verlassen.	69	71.8
5d	Wurden während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? Tablette einnehmen, die Sie nicht wollten.	45	46.8
5e	Wurden während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? Spritze, die Sie nicht wollten.	34	35.4
5f	Wurden während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? Unter Beobachtung durch Pflegepersonal gestellt.	44	45.8
5g	Wurden während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? Keine der Massnahmen durchgeführt.	12	12.5

Anmerkung: n = 78, Mehrfachantworten auf dieses Item waren möglich.

n..... Häufigkeit der Ja-Antworten auf dieses Item

%..... Häufigkeit der Ja-Antworten in Prozent

Die detaillierten Ergebnisse zu den Boden- und Deckenwerten sind im **Anhang A 17** ersichtlich.

Die Überprüfung der Items hinsichtlich ihres Boden- und Deckenwertes sowie die Verteilung der negativen und positiven Antwortmöglichkeiten jeweils zu 50 % auf der rechten bzw. linken Seite zeigte keine Auffälligkeiten bezüglich dem Artefakt der positiven Antworttendenzen.

Die Kommentare der offenen Frage 78 („Wenn Sie sich noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es? Oder anders ausgedrückt: Was sollte sich auf keinen Fall wiederholen oder mit was waren Sie unzufrieden?“) finden sich geordnet nach den Teilnehmern (PUK Innsbruck, PUK Basel, SHO) im **Anhang A 18**. Die Kommentare wurden anonymisiert in ihrer Originalform belassen (mit Ausnahme von Grammatik- und Rechtschreibfehlern). Rassistische und beleidigende Äusserungen wurden ebenfalls nicht in die Kommentarliste aufgenommen.

Hervorzuheben bezüglich der Anzahl an Kommentaren ist der Unterschied zwischen den PUKs und den SHO: Während bei allen drei Teilnehmern ungefähr gleich viele Patienten den Fragebogen retournierten, gab es bei den SHOs viel mehr und ausführlichere Kommentare als bei den PUKs.

Bezüglich der Inhalte in den Kommentaren waren folgende Themen auffällig: Mehr Zeit für Gespräche, grössere Kontinuität der Ärzte/Pflegepersonals, bessere räumliche Aufteilung nach Diagnosegruppen (vgl. auch Craig et al., 2000), Wunsch nach Einbettzimmer mit sehr guter Ausstattung (Fernseher, Telefon) und bessere Medikamentenaufklärung.

9.4.2 Faktorenanalyse und Skalenbildung

Mit dem Mass der Stichprobenadäquatheit nach Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) sowie dem Bartlett-Test auf Sphärizität wurde die Analysierbarkeit der Korrelationsmatrix aller Items, welche der Faktorenanalyse zugrunde liegen, überprüft. Der Bartlett-Test auf Sphärizität prüft die Nullhypothese, dass die Korrelationsmatrix eine Einheitsmatrix ist. Wenn die Nullhypothese bei hinreichend grossem Stichprobenumfang nicht abgelehnt werden kann, sollte die Anwendung der multivariaten Analyse nochmals überdacht werden, da die abhängigen Variablen dann nicht korreliert sind.

Für das KMO-Mass gelten Werte $> .6$ als gut, der Bartlett Test sollte einen p-Wert $< .05$ aufweisen. Die ermittelten KMO-Masse betrugen zwischen $KMO = .7$ und $.9$; der Bartlett-Test war hochsignifikant ($p = .00$).

Als Faktorenanalyse wurde die Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation (Kaiser-Normalisierung) angewandt. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse sind im **Anhang A 19** ersichtlich. Faktoren, die einen Eigenwert kleiner ist als 1 aufweisen, werden dabei nicht berücksichtigt. Der Eigenwert eines Faktors gibt an, welchen Anteil dieser Faktor an der Gesamtvarianz aller Untersuchungsvariablen aufklären kann.

Nach dem Eigenwertkriterium ergaben sich zehn Faktoren (57.2 % Varianzaufklärung). Die Analyse ergab einen ins Auge springenden ersten Faktor, der 30.9 % der Gesamtvarianz aufklärt. Alle anderen Faktoren konnten weniger als 10 % der Gesamtvarianz aufklären. Die

extrahierten Faktoren benennen sich wie folgt: Faktor 1 „Generelle Zufriedenheit“ (30.9 % Varianzaufklärung; 34 Items; auf ihm laden alle ZUF-8 Items;), Faktor 2 „Sanitäre Installationen“ (7.3 % Varianzaufklärung; 6 Items), Faktor 3 „Essen“ (3.5 % Varianzaufklärung; 6 Items), Faktor 4 „Zimmer“ (2.9 % Varianzaufklärung; 8 Items), Faktor 5 „Medikamente und Rechte“ (2.7 % Varianzaufklärung; 6 Items), Faktor 6 „Therapeut“ (2.5 % Varianzaufklärung; 6 Items), Faktor 7 „Raucherecken“ (2.3 % Varianzaufklärung; 4 Items), Faktor 8 „Personal“ (1.9 % Varianzaufklärung; 3 Items), Faktor 9 „Zwangseinweisung/geschlossene Abteilung“ (1.8 % Varianzaufklärung; 6 Items) sowie Faktor 10 „Kontinuität der Behandlung“ (1.4 % Varianzaufklärung; 3 Items).

Diese Faktoren decken sich teilweise mit den in der Literatur gefundenen Dimensionen der Patientenzufriedenheit. Über eine Einteilung nach Berufsgruppen berichten z.B. Kolb et al. (2000) oder – über eine Unterteilung in Arzt und Pflege – der Autor Dufrene (2000). Kerrie et al. (1994) berichten in ihrer Studie über gefundene klinische, administrative und emotionale Aspekte; Ruggeri und Dall’Agnola (1993) über die Dimensionen generelle Zufriedenheit, Verhalten, Information, Zugang, Wirksamkeit, Interventionen, Einbezug der Angehörigen. Bei Instrumenten wie z.B. The Psychiatric Care Satisfaction (Barker & Orrell, 1998), dem Patientenzufriedenheits-Fragebogen (Langewitz et al., 1995) oder der Psychiatric Inpatient Satisfaction Survey (Rich, 1994) fehlt eine Faktorenanalyse.

Demgegenüber finden sich Studien, welche Dimensionen der Patientenzufriedenheit analysieren, die am besten mit „weichen“ Faktoren umschrieben werden können. D.h. es finden sich beispielsweise keine berufsgruppenspezifischen Unterteilung, sondern Faktoren wie „Wertschätzung“, „Respekt“, „Privatsphäre“, „Förderung der Patientenautonomie“ (z.B. Parker et al., 1996; Howard et al., 2001; Corrigan, 1989) – Faktoren, bei denen der Patient seine Beurteilung nicht an Berufsgruppen oder Abteilungen festmacht, sondern unabhängig davon.

Diese Ergebnisse werden auch durch die Studie von Druss et al. (1999) sowie von Ruprecht (2001) bestätigt: Die Autoren führen in Anlehnung an die Studien von Cleary (1991, 1992, 1993) Dimensionen an, die in der Entwicklung eines Patientenzufriedenheitsfragebogens, des so genannten Picker-Fragebogens (n = 6 455), entstanden sind. Dabei gliedert sich die Patientenzufriedenheit in die Dimensionen Emotionale Zuwendung und Unterstützung, Rücksicht auf individuelle Präferenzen, Zugang zur Versorgung, Information, Koordination der Behandlung, Leibliches Wohlbefinden, Kontinuität der Versorgung, Einbezug von Familie (Ruprecht, 2001, S. 184).

Der Picker-Fragebogen ist analog zum vorliegenden Fragebogen chronologisch und berufsgruppenspezifisch aufgegliedert; es finden sich inhaltliche Übereinstimmungen der Items beispielsweise in den Bereichen Ärzte, Pflegepersonal (z.B. Frage nach Vertrauen und Höflichkeit ist der Dimension „Emotionale Unterstützung“ zugeordnet) oder Entlassung und Nachbetreuung (z.B. Vorbereitung Entlassung, Organisation Nachbetreuung ist der Dimension „Entlassung“ zugeordnet). Für diese Dimensionen sprechen auch die qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Studie. Hier vor allem die Hypergestalt „Wichtig für Patienten“ (HG 5), in der Werte wie Ernstnehmen, Wertschätzung, Information, Eingehen auf Bedürfnisse und Mitbestimmung angegeben sind.

Aufgrund der Ausführungen ist die Autorin der Meinung, dass sich die Patientenzufriedenheit nicht ausschliesslich in den eingangs angegebenen Faktoren zeigt, sondern auch in Dimensionen, wie sie in den Studien von Cleary et al. oder Druss et al. (1999) beschrieben sind. Aus diesem Grund werden theoretische Skalen auf Grundlage der vorerwähnten Studien sowie der qualitativen Auswertungsergebnisse gebildet.

Diese Vorgehensweise geschieht zudem vor dem Hintergrund, dass eine explizite chronologische und berufsgruppenspezifische Einteilung des Fragebogens – wie dies in vorliegender Studie der Fall war – das Antwortverhalten der Probanden beeinflussen könnte.

Die Vorgehensweise ist eine inhaltliche Skalenbildung, d.h. eine theoretische, inhaltliche Zuordnung der Items in Skalen. Die theoretisch gebildeten Skalen werden anschliessend mittels Faktorenanalyse auf ihre *Eindimensionalität* und mittels Reliabilitätsanalyse auf ihre *interne Konsistenz* überprüft. Diese Vorgehensweise findet sich beispielsweise bei der Entwicklung des Münsterlinger Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (Borst, 2000).

Da bislang in der Forschung ähnliche unten angeführten Skalen nur bei Cleary et al. (1993) und bei Druss et al. (1999) gefunden werden, ist eine Skalenbildung inhaltlicher Art auch aus Forschungssicht interessant. Die Zusammenhangs- und Abhängigkeitsberechnungen werden deshalb in einigen Berechnungen – neben der Berechnung mit der Gesamtzufriedenheitsskala – explorativ auch auf Ebene der gebildeten Skalen durchgeführt.

Eine Überprüfung bei der *Bildung einer Gesamtzufriedenheitsskala* des Fragebogens hat ergeben, dass sich die *Gesamtzufriedenheitsskala der Skalen* sehr gering (im Zehntel- bis Hunderstelbereich) von der *Gesamtzufriedenheitsskala der Faktoren* unterscheidet. Als Gesamtzufriedenheitsskala der Skalen wurde der Mittelwert über die Mittelwerte der

einzelnen Skalen, in die alle Probanden eingeschlossen sind, hergenommen. Als Gesamt-zufriedenheitsskala der Faktoren wurde der Mittelwert über die Mittelwerte der einzelnen Faktoren, in die alle Probanden eingeschlossen sind, verwendet.

Eine kritische Betrachtung der Faktoren- und Skalenbildung erfolgt im Diskussionsteil. Zum besseren Verständnis wird im Folgenden von den „*Faktoren*“ als Komponenten der Hauptkomponentenanalyse und von „*Skalen*“ als inhaltlich gebildete Dimensionen gesprochen.

Im Folgenden werden die *theoretisch gebildeten Skalen* der vorliegenden Studie aufgelistet und anschliessend teststatistisch überprüft. Die Skalen richten sich u.a. nach den erwähnten Studien von Cleary (1991, 1992, 1993) und Druss et al. (1999). Die Skala 1 setzt sich aus den ZUF-8-Items zusammen. Diese Items messen einen generellen Zufriedenheitsfaktor (vgl. Schmidt et al., 1989). Die Skalen 9 bis 12 sind bereits als Faktoren (vgl. Anhang A 19 Faktorenanalyse) bestätigt. Die Skalen 6 und 2 zeigen sich ansatzweise in den gleichnamigen Faktoren Medikamente und Rechte sowie Kontinuität der Behandlung ebenfalls in der Faktorenanalyse.

In Klammer ist zudem die Hypergestalt (HG) angeführt, auf die hauptsächlich Bezug genommen wird. Dabei ist Hypergestalt 5 „Wichtig für den Patienten“ (HG 5) von besonderem Interesse, da sie – wie bereits erwähnt – Bereiche wie Ernstnehmen der Person, Wertschätzung, Mitbestimmung, Eingehen auf ihre Bedürfnisse und Ruhe zentral herausstellt.

Skala 1	GESAMTZUFRIEDENHEIT (ZUF-8)
Skala 2	KOORDINATION DER BETREUUNG (HG 5)
Skala 3	EMOTIONALE ZUWENDUNG UND UNTERSTÜTZUNG (HG 5)
Skala 4	WERTSCHÄTZUNG UND RESPEKTIERUNG DER INDIVIDUELLEN BEDÜRFNISSE (HG 5)
Skala 5	INFORMATION UND ERNSTNEHMEN (HG 8, HG 10)
Skala 6	RECHTE UND MEDIKAMENTE (HG 8, HG 11)
Skala 7	ENTLASSUNG UND NACHBETREUUNG (HG 11)
Skala 8	UMGANG MIT KÖRPERLICHEN BESCHWERDEN
Skala 9	ZIMMER (Faktor 4)
Skala 10	ESSEN (Faktor 3)
Skala 11	RAUCHERECKEN (Faktor 7)
Skala 12	SANITÄRE INSTALLATIONEN (Faktor 2)

9.4.3 Statistische Überprüfung der Skalen

Nachfolgend sind die Itemanalysen sowie die Analyse der Skala in einer Tabelle aufgelistet. Die folgenden Erläuterungen gelten für alle Tabellen:

Nr	Stellung in der Abfolge der Itemdarbietung
M	Arithmetisches Mittel
SD	Standardabweichung
r_{it}	Trennschärfe (Itemtotalkorrelation)
α	Cronbach's Alpha (interne Konsistenz)
a	Ladung des Items auf den Faktor
h^2	Kommunalität
λ	Eigenwert, gefolgt von der aufgeklärten Varianz in Prozent
[1;3]	Empirisches Minimum und empirisches Maximum

Für die Itemselektion wurden die korrigierten Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) als wichtigste Kennwerte herangezogen. Gemäss Schelten (1997) gilt ein $r_{it} \geq .4$ als trennscharfe Frage, $.4 > r_{it} \geq .3$ als brauchbare Frage, $.3 > r_{it} \geq .2$ als revisionsbedürftige Frage sowie $r_{it} < .2$ als unbrauchbare Frage. Bis auf vier Items, die ein r_{it} von .36 (Item 51), .39, .35 sowie .38 aufweisen (in den Tabellen grau hinterlegt), weisen *alle Items in den Skalen die hinreichende Korrelation zur Trennschärfe* auf. Bei keiner Frage war $r_{it} < .3$.

Alle Items gelten dementsprechend als trennscharfe Frage mit Ausnahme der drei Items, die als „brauchbar“ eingestuft werden. D.h. die Probanden können aufgrund ihrer Antworten auf die Items in den Skalen in Zufriedene und Unzufriedene differenziert werden.

Die unterschiedlichen Fallanzahlen in den Skalen (n) ergeben sich dadurch, dass fehlende Werte nicht in die Reliabilitätsanalyse eingeschlossen wurden.

Skala 1 "Gesamtzufriedenheit"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
29	Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	2.25	.58	.73	.94	.79	.63
40	Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen?	2.35	.57	.72	.94	.78	.61
72	In welchem Masse hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	2.36	.59	.83	.93	.87	.76
73	Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?	2.30	.56	.83	.93	.88	.77
74	Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen?	2.28	.64	.86	.93	.90	.81
75	Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass an Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	2.26	.65	.74	.94	.80	.65
76	Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?	2.39	.70	.84	.93	.88	.78
77	Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie ähnliche Hilfe benötigen würde?	2.39	.69	.81	.93	.86	.74
							$\lambda = 5.7, 72.3 \%$

Skala 1 gesamt: M = 18.71, SD = 4.26, Cronbach's $\alpha = .94$

Anmerkungen: n = 466; die Items 40, 72, 73, 74 und 76 wurden vor der Analyse umgepolt.
Hauptkomponentenanalyse

Die Mittelwerte in der Skala liegen alle über M = 2.20 und sind somit sehr hoch. Die höchsten Werte erzielen die Fragen nach dem Wiederkommen und Weiterempfehlen. Die Ergebnisse stützen die in den meisten Patientenstudien (z.B. Gruyters & Priebe, 1992; Sandlund & Hansson, 1999) gefundenen Resultate einer hohen generellen Zufriedenheit.

Bezüglich der Itemanalyse weisen alle Items sehr hohe Trennschärfekoeffizienten auf, alle Trennschärfekoeffizienten liegen über dem geforderten Wert für Trennschärfe von .4 (Schelten, 1997), wobei das Item 74 mit einem Koeffizienten von $r_{it} = .86$ sowie das Item 76

mit einem Koeffizienten von $r_{it} = .84$ hervorstechen. Die interne Konsistenz der einzelnen Items sind ebenfalls sehr hoch. Die Hauptkomponentenanalyse ergab einen Faktor, der 72.3 % der Gesamtvarianz erklären konnte und auf dem die Items sehr hoch laden (von $a = .79$ bis $a = .90$). Auch die Kommunalitäten sind durchwegs hoch (von $h^2 = .61$ bis $h^2 = .81$).

Die Skala „Gesamtzufriedenheit“ weist eine hohe interne Konsistenz ($\alpha = .94$) auf. Die Skala beinhaltet alle ZUF-8 Items, wobei die interne Konsistenz höher ist als die in der Übersetzungsstudie von Schmidt et al. (1989) gefundene Konsistenz von $\alpha = .87$.

Die ZUF-8-Skalenverteilung ist in meiner Studie linksschief verteilt (es finden sich überwiegend „sehr zufriedene“ Patienten). Dies bestätigt die Resultate von Schmidt et al. (1989, S. 251), die in ihrer Entwicklung des ZUF-8 bzw. Adaption der Client Satisfaction Questionnaire CSQ von Attkisson et al. (1982) ihrerseits wiederum über eine Bestätigung ihres Resultates mit vorliegenden amerikanischen und holländischen Untersuchungen sprachen. Der entsprechende Schiefekoeffizient (skewness) in vorliegender Studie liegt bei $S = -.64$, der entsprechende Kurtosiskoeffizient bei $E = -.41$. Die Skala ist nicht so stark schief verteilt wie in der Untersuchung von Schmidt et al. ($S = -.94$; $E = 1.64$).

Skala 2 "Koordination der Betreuung"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
12	Wurden Sie beim Eintritt über alles Wichtige informiert?	2.44	.60	.57	.72	.76	.57
14	Wurde Ihnen nach der Aufnahme das weitere Vorgehen erklärt?	2.18	.72	.60	.72	.77	.60
15	Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der/die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig war?	2.48	.83	.39	.75	.53	.28
22	Gab es bestimmte Pflegepersonen, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?	2.07	.95	.40	.75	.53	.28
23	Waren Sie über die An- und Abwesenheiten des Sie betreuenden Personales immer informiert?	2.02	.70	.58	.71	.73	.53
41	Gab es bestimmte Therapeuten, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?	2.12	.81	.35	.76	.49	.24
58	Wussten Sie, an wen Sie sich bei Problemen, Reklamationen oder Fragen wenden konnten?	2.38	.69	.55	.73	.71	.51

$\lambda = 3.0, 43.4 \%$

Skala 2 gesamt: M = 15.74, SD = 3.45, Cronbach's $\alpha = .76$

Anmerkungen: n = 391; die Items 12, 14, 15 und 22 wurden vor der Analyse umgepolt.

Hauptkomponentenanalyse

Die Mittelwerte zeigen beim Item über die Eintrittssituation (Item 12), beim Item über die Zuständigkeit des Arztes (Item 15) und beim Item über Reklamationen (Item 58) sehr hohe Mittelwerte (M = 2.44, M = 2.48, M = 2.38). Die geringste Zufriedenheit gab es im Bereich An- und Abwesenheiten des Pflegepersonals (Item 23), der mit einem M = 2.02 jedoch auch relativ hoch liegt.

Eine gute Trennschärfe erreichen das Item 12 ($r_{it} = .57$), Item 14 ($r_{it} = .60$), Item 23 ($r_{it} = .58$) und Item 58 ($r_{it} = .55$), während die beiden Items 15 und 41 mit Trennschärfekoeffizienten von $r_{it} = .39$ bzw. $r_{it} = .35$ den Status einer brauchbaren Frage erreichten. Die interne Konsistenz erreicht bei allen Items gute Werte von $\alpha = .71$ (Item 23) bis $\alpha = .76$ (Item 41); die Hauptkomponentenanalyse ergab einen Faktor, der 43.4 % der Gesamtvarianz aufklärt. Alle Items laden gut auf diesem Faktor mit Werten von a = .49 (Item 41) bis a = .77 (Item 14). Die Skala besitzt eine gute interne Konsistenz von $\alpha = .76$.

Skala 3 "Emotionale Zuwendung und Unterstützung"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
13	Wie wurden Sie bei der Ankunft auf der Station betreut und empfangen?	2.63	.50	.68	.90	.74	.56
16	Hatten Sie genügend Gespräche mit dem Arzt/der Ärztin?	2.37	.61	.61	.90	.68	.46
18	Wie würden Sie die Höflichkeit Ihrer Ärzte oder Ihrer Ärztinnen beurteilen?	2.58	.45	.69	.90	.75	.57
19	Hatten Sie Vertrauen in Ihre Ärzte und Ärztinnen?	2.33	.65	.68	.90	.74	.54
20	Haben Sie Ihre Ärzte und Ärztinnen während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?	2.21	.73	.74	.90	.79	.62
25	Wie würden Sie die Höflichkeit des Pflegepersonals beurteilen?	2.33	.45	.71	.90	.78	.61
26	Hatten Sie Vertrauen in das Pflegepersonal?	2.48	.58	.74	.90	.79	.63
28	Haben Sie das Pflegepersonal während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?	2.30	.68	.70	.90	.76	.58
43	Wie würden Sie die Höflichkeit der Therapeuten beurteilen?	2.63	.39	.56	.90	.64	.41
44	Hatten Sie Vertrauen in die Therapeuten?	2.53	.51	.59	.90	.65	.43
46	Haben Sie die Therapeuten während der Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?	2.37	.64	.61	.90	.68	.46
55	Wenn Sie das Bedürfnis nach einem Gespräch hatten, war es leicht, jemand unter dem Behandlungsteam zu finden, der mit Ihnen über Ihre Sorgen und Bedenken sprach?	2.14	.72	.62	.90	.69	.48

$\lambda = 6.3, 53.3 \%$

Skala 3 gesamt: M = 29.41, SD = 4.98, Cronbach's $\alpha = .91$

Anmerkungen: n = 380; die Items 13, 16, 19, 25, 26, 28, 44, 55 wurden vor der Analyse umgepolt.
Hauptkomponentenanalyse

Die höchste Zufriedenheit (jeweils M = 2.63) erreichen die Betreuung und Empfang bei der Ankunft (Item 13) sowie die Höflichkeit der Therapeuten (Item 43). Eher unzufrieden sind die Patienten mit der Unterstützung und Motivation der Ärzte (Item 19); der entsprechende Mittelwert von M = 2.21 liegt dennoch hoch. Eher unzufrieden reagieren die Patienten auf die Frage nach einer Bezugsperson bei Sorgen und Problemen. Hier liegt der Mittelwert bei M = 2.14.

Alle Items weisen hohe Trennschärfe aus, wobei das Item 43 mit $r_{it} = .56$ den geringsten und Item 20 und 26 mit jeweils $r_{it} = .74$ den höchsten Koeffizienten aufweisen. Die internen Konsistenzen weisen sehr hohe Werte ($\alpha = .90$) auf. 53.3 % der Gesamtvarianz konnte ein Faktor aufklären, die Kommunalitäten variieren dabei von guten $h^2 = .41$ (Item 43) bis $h^2 = .63$ (Item 26). Die Ladungen auf diesen Faktor sind einheitlich gut ($a = .64$ bei Item 43 bis $a = .79$ bei Item 26 und Item 20). Die interne Konsistenz der Skala ist sehr hoch ($\alpha = .91$). Die Skala stellt zudem die umfangreichste Skala (12 Items) dar.

Skala 4 "Wertschätzung und Respektierung der individuellen Bedürfnisse"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
17	Wie wurden Sie von den Ärztinnen/Ärzten behandelt?	2.53	.58	.49	.76	.64	.41
24	Wie wurden Sie von den Pflegenden behandelt?	2.58	.53	.60	.74	.73	.54
27	Finden Sie, dass das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie gehabt hat?	2.11	.74	.53	.76	.68	.46
31	Durften Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausleben, indem Sie z.B. nicht sofort Medikamente bekamen?	1.75	.79	.42	.77	.55	.30
33	Konnten Sie, wenn Sie es wollten, ungestört mit Ihrer Familie oder anderen Angehörigen telefonieren oder sprechen?	2.65	.61	.38	.77	.50	.26
37	Ist Ihre soziale Situation (Arbeit, Finanzen, Wohnung) in genügendem Ausmass in die Therapie mit einbezogen worden?	2.13	.79	.50	.76	.64	.40
39	Wieviel Einfluss konnten Sie bei der Auswahl der Therapien (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) nehmen?	2.01	.68	.40	.78	.52	.28
42	Wie wurden Sie vom Personal der therapeutischen Dienste (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) behandelt?	2.62	.54	.41	.77	.54	.29
45	Finden Sie, dass der Therapeut genügend Zeit für Sie gehabt hat?	2.14	.70	.55	.75	.68	.46

$\lambda = 3.4, 38.1 \%$

Skala 4 gesamt: M = 20.57, SD = 3.63, Cronbach's $\alpha = .78$

Anmerkungen: n = 315; Die Items 31 und 33 wurden vor der Analyse umgepolt.
Hauptkomponentenanalyse

Eine hohe Zufriedenheit zeigt das Item 24 ($M = 2.58$), das Item 33 ($M = 2.65$) sowie das Item 42 ($M = 2.62$). Auffällig ist die Unzufriedenheit mit dem Ausleben der psychischen Störung: Hier erreichte der Mittelwert einen vergleichsweise tiefen Wert von $M = 1.75$.

Alle Items bis auf das Item 33 können als trennscharfe Fragen bezeichnet werden. Das Item 33 ist jedoch eine brauchbare Frage (gemäss Schelten, 1997) und wird mit diesem Trennschärfekoeffizienten von $r_{it} = .38$ in der Skala belassen. Nicht in der Skala belassen wird das Item 32 („Wie wurden Ihre Angehörigen (Eltern, FreundIn, nahe Bekannte) in die Behandlung einbezogen?“), welches aufgrund der statistischen Werte (Verringerung der internen Konsistenz) *nicht in die Skala einbezogen* werden kann.

Die interne Konsistenzen aller Items sind gut mit Werten von $\alpha = .74$ beim Item 24 und einem höchsten Wert von $\alpha = .78$ beim Item 38. Der durch die Hauptkomponente analysierte Faktor klärt 38.1 % der Gesamtvarianz auf, ein eher geringer, jedoch hinreichender Wert. Die Ladungen der Items sind entsprechend etwas geringer als bei den bisherigen Skalen und liegen von $a = .55$ (Item 31) bis $a = .73$ (Item 24).

Skala 5 "Information und Ernstnehmen"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
6	Wurden die aufgelisteten Massnahmen (Zwangsmassnahmen) zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihnen nachbesprochen?	1.54	.72	.52	.90	.59	.35
7	Wären diese Massnahmen Ihrer Meinung nach zu verhindern gewesen?	1.93	.77	.59	.89	.67	.45
11	Erhielten Sie während Ihres Aufenthaltes auf der geschlossenen Abteilung genügend Informationen über die Art, Ursachen und Therapiemöglichkeiten Ihrer Störung?	1.58	.77	.81	.88	.87	.76
30	Wie gut sind Sie über das Therapieangebot informiert worden?	2.47	.87	.61	.89	.70	.48
34	Wie wurden Sie bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen?	2.25	.63	.67	.89	.75	.57
50	Wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente und deren Nebenwirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?	1.67	.76	.68	.89	.75	.57
52	Wie gut wurden Sie über Ihre Krankheit (Früherkennung, Verlauf etc.) informiert und aufgeklärt?	2.07	.65	.82	.88	.88	.78
53	Wurden Sie über Ihre Krankheit und ihre Auswirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?	1.65	.73	.80	.88	.85	.73
54	Hatten Sie das Gefühl, in Ihrer psychischen Störung ernst genommen und verstanden zu werden?	1.80	.83	.66	.89	.74	.54

$\lambda = 5.2, 58.5 \%$

Skala 5 gesamt: M = 15.84, SD = 5.19, Cronbach's $\alpha = .90$

Anmerkungen: n = 346; Die Items 6, 7, 11, 30, 34, 50, 52 und 54 wurden vor der Analyse umgepolt. Die gefilterten Items 6, 7, 11 und 50 wurden mit dem jeweiligen Mittelwert ersetzt. Hauptkomponentenanalyse

Hier finden sich gegenüber den Mittelwerten der vorherigen Skalen tiefere Mittelwerte: Unzufriedenheit wird in Bezug auf die Nachbesprechung der Zwangsmassnahmen geäussert (M = 1.54) sowie bezüglich Informationsgabe über die Krankheit in der geschlossenen Abteilung (M = 1.58). Das Item 50 und das Item 53, beide sprechen das Verstehen von Information an, zeigen ebenfalls geringere Mittelwerte (M = 1.67, M = 1.65).

Die Trennschärfekoeffizienten sind hoch, zwei Items (52 und 53) stechen mit sehr hohen Koeffizienten ($r_{it} = .82$, $r_{it} = .80$) hervor. Die internen Konsistenzen erreichen sehr hohe Werte von $\alpha = .88$ (Items 11 und 52) bis $\alpha = .90$ (Item 6). Die Hauptkomponentenanalyse ergab einen Faktor, der 58.5 % Gesamtvarianz aufklärt und auf den die Items gut laden.

Die interne Konsistenz der Skala liegt bei $\alpha = .90$. Die Skala wurde aufgrund des geringen Stichprobenumfanges ($n = 46$), bedingt durch die vorgeschalteten Filterfragen, zusätzlich ohne die gefilterten Items 6, 7 und 50 überprüft. Es zeigte sich bei einer erhöhten Fallzahl von $n = 194$ eine nur geringe Abnahme der internen Konsistenz der Skala (.87).

Skala 6 "Rechte und Medikamente"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
3	Hat man Sie bei der Zwangseinweisung/FFE über Ihre Rechte (zum Beispiel Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?	1.69	.68	.57	.85	.73	.54
4	Hat man Ihnen bei der Zwangseinweisung/FFE geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?	1.38	.67	.69	.84	.82	.68
9	Hat man Sie auf der geschlossenen Abteilung über Ihre Rechte (z.B. Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?	1.71	.70	.75	.83	.84	.71
10	Hat man Ihnen auf der geschlossenen Abteilung geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?	1.57	.70	.84	.82	.90	.82
48	Wie gut wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente informiert?	2.05	.69	.59	.86	.64	.41
49	Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen Ihrer Medikamente informiert?	1.85	.70	.58	.85	.61	.37
51	Wurden Ihnen Behandlungsalternativen zu den Medikamenten angeboten?	1.16	.37	.36	.87	.46	.21
56	Sind Sie während Ihres Aufenthaltes über Ihre Rechte und Pflichten in ausreichendem Mass aufgeklärt worden?	1.63	.63	.70	.84	.81	.67

$\lambda = 4.4$, 55.5 %

Skala 6 gesamt: $M = 12.41$, $SD = 3.82$, Cronbach's $\alpha = .86$

Anmerkungen: $n = 346$; Die Items 6, 7, 11, 30, 34, 50, 52 und 54 wurden vor der Analyse umgepolt. Die gefilterten Items 3, 4, 9, 48 und 49 wurden mit dem jeweiligen Mittelwert ersetzt.
Hauptkomponentenanalyse

Auch hier zeigen sich, wie bei Skala 5, tiefere Mittelwerte im Vergleich zu den ersten vier Skalen. Dabei zeigt vor allem der Bereich Angebot an Behandlungsalternativen zu den Medikamenten (Item 51) eine hohe Unzufriedenheit ($M = 1.16$). Auch im Bereich der Wahrnehmung der Rechte, sowohl bei der Zwangseinweisung als auch im geschlossenen Bereich (Item 4, Item 10), äussern die Probanden Unmut ($M = 1.38$, $M = 1.57$).

Das Item 51 weist als brauchbare Frage einen Koeffizienten von $r_{it} = .36$ auf, alle anderen Items sind trennscharfe Fragen, wobei das Item 10 einen sehr hohen Wert aufweist ($r_{it} = .84$) und auch bei den Kommunalitäten sehr hoch liegt ($h^2 = .82$). Die internen Konsistenzen der Items sind wieder hoch und liegen im Bereich von $\alpha = .82$ (Item 10) bis $\alpha = .87$ (Item 51). Der Hauptfaktor erklärt einen Wert von 55.5 % der Gesamtvarianz, die Ladungen sind gut, mit einer Auffälligkeit von $a = .46$ beim Item 51, welches ebenfalls eine geringe Kommunalität zum Hauptfaktor aufweist ($h^2 = .21$). Item 51 weist zwar eine höhere interne Konsistenz als die Skala selbst auf ($\alpha = .87$), bleibt jedoch *aus Gründen der Vollständigkeit in der Skala erhalten*. Da das Cronbach's Alpha durch das Item 51 nur wenig beeinflusst wird, kann dies auch aus statistischer Sicht akzeptiert werden.

Skala 7 "Entlassung und Nachbetreuung"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
59	Haben Sie das Schlussgespräch vor Klinikaustritt als hilfreich erlebt?	2.20	.82	.68	.79	.80	.64
60	Wie gut wurden Sie auf die Entlassung vorbereitet?	2.23	.61	.79	.76	.88	.77
61	War Ihre Nachbetreuung genügend gut organisiert?	2.36	.64	.68	.79	.80	.64
62	Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt der Entlassung?	2.58	.62	.44	.83	.58	.34
63	Wurden Ihrer Familie oder anderen Angehörigen vom Behandlungsteam ausreichend Informationen gegeben, um Sie in der Zeit nach der Entlassung unterstützen zu können?	1.84	.83	.51	.82	.65	.42
64	Wussten Sie, wohin Sie sich bei einem Rückfall wenden können?	2.57	.60	.55	.82	.69	.48

$\lambda = 3.3, 55.3 \%$

Skala 7 gesamt: $M = 13.90$, $SD = 3.03$, Cronbach's $\alpha = .83$

Anmerkungen: $n = 290$; Die Items 59, 60, 61, 62 und 63 wurden vor der Analyse umgepolt.
Hauptkomponentenanalyse

Bezüglich der Mittelwerte zeigt das Item 63 ($M = 1.84$) eine geringere Zufriedenheit. Der Zeitpunkt der Entlassung (Item 62) sowie der Bereich Rückfall (Item 64) wird von den Betroffenen als positiv beurteilt ($M = 2.58$, $M = 2.57$).

Alle Items sind trennscharf, wobei das Item 62 mit einem Koeffizienten von $r_{it} = .44$ den geringsten, jedoch immer noch trennscharfen Wert aufweist. Dieses Item hat auch denselben Wert wie die interne Konsistenz der Skala ($\alpha = .83$), wird jedoch aus Gründen der Vollständigkeit in der Skala belassen. Die übrigen internen Konsistenzen der Items sind hoch mit Bereichen von $\alpha = .79$ bis $\alpha = .83$, ebenso wie die Ladungen auf den durch die Hauptkomponente gefundenen Faktor mit Bereichen von $a = .65$ bis $a = .88$ (Ausnahme Item 62 mit $a = .58$). Der Faktor klärt mit einem guten Wert von 55.3 % die Gesamtvarianz auf. Die interne Konsistenz der Skala liegt bei einem hohen Wert von .83.

Skala 8 "Umgang mit körperlichen Beschwerden"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
35	Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?	2.48	.67	.60	.	.89	.80
36	Wenn Sie körperliche Beschwerden hatten: Fühlten Sie sich medizinisch gut betreut?	2.49	.62	.60	.	.89	.80
							$\lambda = 1.6, 80.3 \%$

Skala 8 gesamt: $M = 4.97$, $SD = 1.16$, Cronbach's $\alpha = .75$

Anmerkungen: $n = 156$; Hauptkomponentenanalyse

Die zwei Items der Skala weisen mit Werten von jeweils $r_{it} = .60$ eine Trennschärfe auf; die Faktorenlösung hat einen Faktor ergeben, der 80.3 % der Gesamtvarianz aufklärt mit hohen Ladungen (jeweils $a = .89$) und Kommunalitäten (jeweils $h^2 = .80$) der beiden Items.

Das Item 21 „Wie wurden Sie von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin fachlich betreut?“ konnte aufgrund der statistischen Werte (Verringerung der internen Konsistenz) *nicht in die Skala einbezogen werden*. Die Skala selbst besitzt hohe interne Konsistenz von $\alpha = .75$.

Skala 9 "Zimmer"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
57	Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?	2.26	.77	.59	.90	.67	.45
65a	Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf... Einrichtung?	2.39	.52	.78	.89	.84	.71
65b	Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf... Matratzenqualität?	2.45	.49	.65	.90	.73	.53
65c	Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf... Ablage- und Verstaumöglichkeiten von Eigentum?	2.40	.56	.74	.89	.81	.65
65d	Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf... Sauberkeit?	2.60	.45	.62	.90	.70	.50
65e	Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf... Privatsphäre?	2.24	.64	.82	.89	.87	.76
65f	Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf... Ruhe?	2.28	.63	.78	.89	.84	.71
66	Hat Ihr Zimmer Ihren Ansprüchen genügt?	2.53	.57	.74	.89	.81	.66

$\lambda = 5.0, 62.5 \%$

Skala 9 gesamt: M = 19.23, SD = 3.67, Cronbach's $\alpha = .91$

Anmerkungen: n = 475; Hauptkomponentenanalyse

Das Item 65e mit der Frage nach der Beurteilung der Privatsphäre zeigt den geringsten Mittelwert (M = 2.24), generell zeigen die Mittelwerte jedoch eine hohe Zufriedenheit, vor allem hinsichtlich der Frage, ob das Zimmer den Ansprüchen genügt hat (M = 2.53).

Das Item 57 weist mit einem Koeffizienten von $r_{it} = .59$ eine gute Trennschärfe auf, die übrigen Items zeigen hohe Trennschärfekoeffizienten (von $r_{it} = .62$ bis $r_{it} = .82$). Die Faktorenladung ($a = .67$) und der Kommunalitätenwert ($h^2 = .45$) des Items 57 liegt unter den anderen Items, sind jedoch hinreichend. Die internen Konsistenzen liegen bei allen Items hoch (zwischen $\alpha = .89$ und $\alpha = .90$), entsprechend hoch ist auch die interne Konsistenz der Skala selbst ($\alpha = .91$). Der gefundene Faktor klärt mit 62.5 % einen grossen Anteil der Gesamtvarianz auf.

Skala 10 "Essen"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
67a	Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf... Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten?	2.45	.51	.74	.91	.82	.68
67b	Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf... Geschmack der Mahlzeiten?	2.39	.52	.84	.89	.89	.80
67c	Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf... Grösse der Portionen?	2.52	.46	.70	.91	.79	.63
67d	Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf... Präsentation der Mahlzeiten?	2.44	.48	.81	.90	.87	.77
67e	Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf... Temperatur der Mahlzeiten?	2.44	.46	.69	.91	.78	.61
67f	Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf... Qualität insgesamt?	2.43	.50	.85	.89	.90	.82

$\lambda = 4.3, 72.2 \%$

Skala 10 gesamt: M = 14.71, SD = 2.50, Cronbach's $\alpha = .92$

Anmerkungen: n = 493; Hauptkomponentenanalyse

Die Mittelwerte zeigen auf eine Zufriedenheit mit dem Essen hin, der niedrigste Mittelwert liegt bei M = 2.39 (Item 67b).

Eine sehr gute Trennschärfe ist bei allen Items gegeben (von $r_{it} = .69$ bis $r_{it} = .85$). Auch die internen Konsistenzen der Items fallen hoch aus mit Werten zwischen $\alpha = .89$ und $\alpha = .91$. Die Hauptkomponente ergab einen Faktor, der 72.2 % der Gesamtvarianz aufklärt, was, wie bei der Skala 1, einen sehr hohen Wert darstellt. Die interne Konsistenz der Skala selbst liegt bei einem sehr hohen Wert von $\alpha = .92$.

Skala 11 "Raucherecken"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
69a	Wie gut fanden Sie die Raucherecken in Bezug auf... Grösse?	2.04	.71	.84	.86	.91	.84
69b	Wie gut fanden Sie die Raucherecken in Bezug auf... Sitzmöglichkeiten?	2.08	.68	.87	.85	.93	.87
69c	Wie gut fanden Sie die Raucherecken in Bezug auf... Sauberkeit?	2.07	.65	.72	.90	.84	.71
69d	Wie gut fanden Sie die Raucherecken in Bezug auf... Verfügbarkeit?	2.27	.67	.72	.90	.84	.70
						$\lambda = 3.13, 78.4 \%$	

Skala 11 gesamt: M = 8.52, SD = 2.40, Cronbach's $\alpha = .90$

Anmerkungen: n = 217; Hauptkomponentenanalyse

Bezüglich der Mittelwerte lässt sich eine durchgängige Zufriedenheit mit einem tiefsten Mittelwert von M = 2.04 bei der Grösse der Raucherecken (Item 69a) ablesen. Die Items zeigen hinsichtlich der Trennschärfe hohe Koeffizienten innerhalb eines Bereiches von $r_{it} = .72$ bis $r_{it} = .84$ und laden hoch auf den extrahierten Faktor (a = .84 bis a = .93). Die Kommunalitäten wie auch die Aufklärung der Gesamtvarianz (78.4 %) zeigen, dass die Items in hohem Masse das Ähnliche messen. Die interne Konsistenz beweist dasselbe: mit einem Koeffizienten von $\alpha = .90$ liegt sie für die Skala sehr hoch.

Skala 12 "Sanitäre Installationen"

Nr	Item	M [1;3]	SD	r_{it}	α	Faktorenlösung	
						a	h^2
71a	Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf... Sauberkeit der eigenen Dusche/Bad?	2.56	.46	.86	.94	.91	.83
71b	Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf... Sauberkeit der Etagendusche/Bades?	2.46	.46	.87	.94	.91	.83
71c	Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf... Verfügbarkeit der Etagendusche /Bades?	2.45	.45	.83	.94	.88	.79
71d	Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf... Sauberkeit des eigenen WCs?	2.57	.46	.85	.94	.90	.81
71e	Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf... Sauberkeit des Etagen-WCs?	2.42	.49	.86	.94	.90	.82
71f	Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf... Verfügbarkeit des Etagen-WCs?	2.47	.47	.79	.94	.85	.73

$\lambda = 4.8, 80.6 \%$

Skala 12 gesamt: M = 14.70, SD = 2.50, Cronbach's $\alpha = .95$

Anmerkungen: n = 210; Hauptkomponentenanalyse

Die Zufriedenheit mit den sanitären Installationen ist hoch mit Mittelwerten von M = 2.45 (Item 71c) bis M = 2.57 (Item 71d). Die Trennschärfen der Items sind sehr hoch und liegen im Bereich von $r_{it} = .79$ bis $r_{it} = .87$. Ebenso hoch fallen die internen Konsistenzen aus: sie liegen bei einem Wert von $\alpha = .90$. Der Faktor aus der Hauptkomponentenanalyse ergibt eine Gesamtvarianzaufklärung von sehr hohen 80.6 %, ebenfalls sehr hoch liegt die interne Konsistenz der Skala selbst bei $\alpha = .95$.

Die Skalen 9 bis 12 „Zimmer“, „Essen“, „Raucherecken“ und „Sanitäre Installationen“ können als Subskalen zur Skala „Hotellerie und Infrastruktur“ zusammengefasst werden. Diese Skala umfasst 24 Items und weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .94$ auf. Der Mittelwert beträgt M = 56.16, die Standardabweichung SD = 8.54. Bei der Faktorenanalyse ergaben sich entsprechend den vier Subskalen vier Faktoren, die gesamthaft 71.65 % der Varianz aufklären.

ZUSAMMENFASSUNG DER SKALEN

Alle Skalen weisen generell *hohe interne Konsistenzen* auf. Sie messen grundlegend etwas Ähnliches. Mit Ausnahme der drei Skalen „Koordination der Betreuung“, „Wertschätzung und Respektierung der individuellen Bedürfnisse“ und „Umgang mit körperlichen Beschwerden“ erreichten alle Skalen dabei die testpsychologischen Anforderungen von $\alpha > .8$ (Schelten, 1997).

Vergleicht man Zufriedenheit der Betroffenen in allen Skalen, so zeigt sich die folgende Tabelle (Tab. 15).

Tab. 15 Deskription der zwölf Skalen

	M	SD
Skala 1 Gesamtzufriedenheit	2.32	.53
Skala 2 Koordination der Betreuung	2.21	.50
Skala 3 Emotionale Zuwendung und Unterstützung	2.41	.43
Skala 4 Wertschätzung und Respektierung	2.28	.41
Skala 5 Information und Ernstnehmen	2.18	.59
Skala 6 Rechte und Medikamente	1.91	.61
Skala 7 Entlassung und Nachbetreuung	2.29	.52
Skala 8 Umgang mit körperlichen Beschwerden	2.30	.68
Skala 9 Zimmer	2.39	.46
Skala 10 Essen	2.45	.41
Skala 11 Raucherecken	2.11	.60
Skala 12 Sanitäre Installationen	2.52	.42

Auffallend sind generell die hohen Zufriedenheitsgrade, mit Ausnahme der Skala „Rechte und Medikamente“. Auch die Zufriedenheit mit den Raucherecken sowie die Zufriedenheit mit der Information und dem Ernstnehmen ist gegenüber den anderen Skalen geringer.

INTERKORRELATIONEN DER SKALEN

Gemäss der Studie von Kolb et al. (2000, S. 81) sollten *zwischen den einzelnen Skalen selber keine höheren Korrelationen als innerhalb der einzelnen Skalen bestehen*. Folgende Tabelle (Tab. 16) veranschaulicht die Interkorrelationen zwischen den Skalen; der kursiv geschriebene und unterstrichene Wert stellt die interne Konsistenz der jeweiligen Skala dar.

Tab. 16 Interkorrelationen der zwölf Skalen

Anzahl d.													
Skala	Items	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Skala 1 (S1)	8	<u>.94</u>											
Skala 2 (S2)	7	.65	<u>.76</u>										
Skala 3 (S3)	12	.83	.71	<u>.91</u>									
Skala 4 (S4)	9	.73	.66	.82	<u>.78</u>								
Skala 5 (S5)	9	.81	.69	.79	.71	<u>.90</u>							
Skala 6 (S6)	8	.62	.62	.64	.60	.74	<u>.86</u>						
Skala 7 (S7)	6	.74	.54	.67	.65	.69	.53	<u>.83</u>					
Skala 8 (S8)	2	.61	.47	.62	.56	.58	.53	.53	<u>.75</u>				
Skala 9 (S9)	8	.57	.47	.55	.53	.50	.41	.48	.47	<u>.91</u>			
Skala 10 (S10)	6	.37	.33	.36	.37	.30	.26	.37	.32	.54	<u>.92</u>		
Skala 11 (S11)	4	.23	.28	.30	.29	.18	.18	.12	.19	.43	.32	<u>.90</u>	
Skala 12 (S12)	6	.38	.41	.43	.40	.34	.27	.32	.36	.66	.52	.51	<u>.95</u>

Anmerkung:

S1 Gesamtzufriedenheit. S2 Koordination der Betreuung. S3 Emotionale Zuwendung und Unterstützung. S4 Wertschätzung und Respektierung der indiv. Bedürfnisse. S5 Information und Ernstnehmen. S6 Rechte und Medikamente. S7 Entlassung und Nachbetreuung. S8 Umgang mit körperlichen Beschwerden. S9 Zimmer. S10 Essen. S11 Raucherecken. S12 Sanitäre Installationen.

Die interne Konsistenz aller Skalen ist stets grösser als die Interkorrelationen mit jeder anderen Skala. Da die Skalen 9 bis 11 einem Bereich „Hotellerie und Infrastruktur“ zugeordnet werden können, zeigen sie erwartungsgemäss geringere Interkorrelationen mit den anderen Skalen, jedoch gute Interkorrelationen zueinander ($r = .51$ bis $r = .66$). Die Skala 1 „Gesamtzufriedenheit“ korreliert hoch mit allen Skalen, am höchsten mit Skala 3 „Emotionale Zuwendung und Unterstützung“ ($r = .83$) und Skala 5 „Information und Ernstnehmen“ ($r = .81$). Ausnahme dabei bilden die Skalen 10 „Essen“, 11 „Raucherecken“ und 12 „Sanitäre Installationen“ ($r = .37$, $r = .23$, $r = .38$). Skala 2 „Koordination der Betreuung“ weist mit Skala 5 „Information und Ernstnehmen“ zwar eine hohe Korrelation auf ($r = .71$), die interne Konsistenz wird aber nicht überschritten ($\alpha = .76$).

Bis auf die Korrelation zwischen der Skala 7 „Entlassung und Nachbetreuung“ und Skala 11 „Raucherecken“ sind alle Korrelationen signifikant. Somit bestätigen die einzelnen Skalen, dass sie in hohem Masse etwas sehr Ähnliches messen (Patientenzufriedenheit). Sie können jedoch aufgrund ihrer internen Konsistenzen als eigenständige Skalen, aus dem sich das Konstrukt Patientenzufriedenheit zusammensetzt, betrachtet werden.

9.4.4 Validitätsnachweise

Um die Kriteriums- bzw. die konvergente Validität des Fragebogens zu bestimmen, wird untersucht, inwieweit der Zufriedenheitsgesamtscore des Fragebogens mit den Vergleichsskalen ZUF-8 Skala (Schmidt et al., 1989) und ZFB-Skala (Modestin et al., 2003) korrelieren (Tab. 17). Beide Skalen befinden sich im vorliegenden Fragebogen. Die ZUF-8 Skala ist zudem Bestandteil der ZFB-Skala. Als *Zufriedenheitsgesamtscore* wird der Mittelwert über die Mittelwerte aller Skalen gebildet, um jede Skala gleichwertig und unabhängig von ihrer Itemanzahl in die Berechnung mit einzubeziehen.

Tab. 17 Korrelationen des Fragebogens mit zwei Vergleichsskalen

	r
Fragebogen ohne ZUF-8-Items mit ZUF-8 Skala	.84
Fragebogen mit ZUF-8 Skala	.88
Fragebogen ohne ZFB-Items mit ZFB-Skala	.87
Fragebogen ohne ZFB-Items mit ZFB-Skala ohne ZUF-8 Skala	.86
Fragebogen mit ZFB-Skala	.95

Die Korrelationen des Fragebogens mit den beiden Vergleichsskalen sind hoch und liegen zwischen $r = .84$ und $r = .95$. Die aussagekräftigsten Werte, d.s. die Korrelationen zwischen dem Fragebogen und der Vergleichsskala ohne der Items der Vergleichsskala liegen bei $r = .84$ (ohne ZUF-8 Skala) und $r = .87$ (ohne ZFB-Skala).

Da in beiden Studien die Annahme bestätigt wurde, dass sowohl bei der ZUF-8 Skala als auch bei der ZFB-Skala ein Patientenzufriedenheitsfaktor zugrunde liegt, kann davon ausgegangen werden, dass auch im *vorliegenden Fragebogen etwas sehr Ähnliches wie Patientenzufriedenheit* abgefragt wird.

Die beiden Vergleichsskalen sind darin bestätigt, Instrumentarien mit geringer Itemanzahl (8 bzw. 25 Items) darzustellen, die eine generelle Zufriedenheit erfassen.

Um jedoch *detailliertere Bereiche mit Problemwerten* zu erfassen, eignet sich vorliegender Fragebogen. Die hohe Itemanzahl (76 Items) spielt dabei keine Rolle: Die Dauer der Beantwortung (Item 87) bei 86.7 % der Befragten liegt zwischen 30 und 40 Minuten, 77.4 % der Befragten bewerten den Fragebogen als nicht zu lange (Item 88).

10 Der Fragebogen PZZ

Die gebildeten und statistisch überprüften Skalen (siehe Pkt. 9.4.2 Faktorenanalyse und Skalenbildung sowie Pkt. 9.4.3 Statistische Überprüfung der Skalen) werden zu einer Gesamtskala mit dem Namen **Psychiatriefragebogen zur Zufriedenheitsmessung, kurz „PZZ“** zusammengefasst.

Der PZZ umfasst 76 Items, wobei bei 75 Items der geschlossene Fragetypus und bei Item 76 (Kommentarfrage) der offene Fragetypus Anwendung findet. Als Antwortkategorien wird einheitlich eine dreistufige Ratingskala (Likertskala) verwendet; der höchste Zustimmungsgrad ist dabei mit der höchsten Zahl kodiert. Ausnahme dazu bilden Items, welche aufgrund ihres spezifischen Charakters mit einer *vierten* Antwortkategorie wie beispielsweise „Betrifft mich nicht“ oder „Nicht angeboten“ ergänzt wurden. Anschliessend an den Basisteil mit 76 Items folgen Fragen zur Soziodemographie des Ausfüllers. Dieser Bereich beinhaltet acht Items.

Der Einleitungstext auf der ersten Seite des PZZ umfasst Punkte wie Information über die Entwicklung des PZZ, der vertrauliche und anonyme Umgang mit den Daten der Ausfüller, die Aufforderung zur eigenen Beantwortung sowie der Hinweis, dass es keine falschen oder richtigen Antworten gibt.

Der Fragebogen PZZ ist in seiner Endfassung im **Anhang A 20** ersichtlich.

11 Patientenzufriedenheit in vorliegender Studie

Für die differenzierte Betrachtung der Gesamtzufriedenheit wurde als Gesamtzufriedenheitsskala in den Abhängigkeiten und Zusammenhängen immer die PZZ-Skala (= Mittelwert über die Mittelwerte der einzelnen Skalen des Psychiatriefragebogens zur Zufriedenheitsmessung PZZ, in die alle Probanden eingeschlossen sind; und = Mittelwert über die Mittelwerte der einzelnen Faktoren des PZZ, in die alle Probanden eingeschlossen sind) als ein Mass der Gesamtzufriedenheit gebildet.

Für die Überprüfung der Ergebnisse aus der Forschungsliteratur wurden Zusammenhänge von Items des Fragebogens mit der PZZ-Skala berechnet. Dabei wurde in der Zusammenhangsberechnung darauf verzichtet, das jeweilige Item aus der PZZ-Skala auszuschliessen. Eine Überprüfung der korrigierten Korrelation (= PZZ-Skala ohne das Item) ergab verschwindend kleine bis gar keine Unterschiede. Aus Gründen der einfacheren Interpretierbarkeit und des besseren Verständnisses wurde mit der (unkorrigierten) PZZ-Skala gerechnet. Darüber hinaus wurde nicht auf die Zusammenhangsberechnungen verzichtet, obwohl aufgrund der hohen Interkorrelationen der Skalen erwartet werden konnte, dass die Items signifikant mit der PZZ-Skala korrelieren. Der Grund liegt darin, dass auf bestehende Forschungsergebnisse explizit eingegangen wird, dies auch im Hinblick auf die Diskussion.

In der Überprüfung der Abhängigkeiten und Zusammenhänge wurde der Test auf Homogenität eingesetzt sowie Post-Hoc-Analysen (Tukey, Scheffé-Test) durchgeführt.

11.1 Zufriedenheit und Einflussfaktoren aus Forschung

Im Folgenden werden die Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit im Hinblick auf die PZZ-Skala untersucht. Dieses Kapitel ist zur besseren Orientierung der Leser analog dem Pkt. 3.5 „Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit“ aufgebaut.

BEHANDLUNGSMETHODEN (THERAPIEN) IM VERGLEICH

Gespräche und Medikamente werden von Patienten in vielen Studien (z.B. Berghofer et al., 2000; Wolfersdorf et al., 1997) als sehr wichtige Therapieformen angesehen. Bezogen auf das Gespräch schneidet das Einzelgespräch im Vergleich mit dem Gruppengespräch

deutlich besser ab (Wolfersdorf et al., 1997). In vorliegender Studie⁵⁰ konnte dies bestätigt werden: *Patienten beurteilen sowohl die Einzeltherapie mit dem Psychiater als auch die Einzeltherapie mit dem Psychologen hilfreicher als Gruppentherapie oder Informationsgruppen* (vgl. Tab. 18).

Dass Gespräche auch hilfreicher als medikamentöse Behandlung eingestuft werden, zeigen verschiedene Studien (z.B. Wolfersdorf et al., 1997) oder Übersichtsartikel (z.B. Spiessl et al., 1995). Dieses Resultat bestätigt sich in vorliegender Untersuchung: *Sowohl das Einzelgespräch mit dem Psychiater als auch das Einzelgespräch mit dem Psychologen wird hilfreicher beurteilt als medikamentöse Therapie* (vgl. Tab. 18).

Generell herrscht eine recht hohe Zufriedenheit hinsichtlich der Therapieformen vor (vgl. Tab. 18). Auffallend dabei ist die grosse Anzahl an Patienten, die sowohl in die Gesprächstherapie mit einem Psychiater als auch in eine Medikamententherapie bzw. eine Gruppentherapie gegangen sind (n = 288 bzw. 262). Zudem auffallend ist der hohe Zufriedenheitsgrad bei den Einzeltherapien sowohl hinsichtlich der Psychiater (M = 2.43) als auch hinsichtlich der Psychologen (M = 2.51), dies verglichen mit der Gruppentherapie (M = 2.34 bzw. M = 2.31).

Tab. 18 Vergleich von Therapieformen hinsichtlich ihrer Hilfestellung

	n	M [1;3]	SD	t	p
Einzeltherapie Psychiater und Gruppentherapie	262	2.43 2.34	.57 .56	2.30	.02
Einzeltherapie Psychologe und Gruppentherapie	178	2.51 2.31	.52 .59	4.29	.00
Einzeltherapie Psychiater und Informationsgruppe	139	2.47 2.30	.53 .54	3.58	.00
Einzeltherapie Psychologe und Informationsgruppe	105	2.54 2.26	.52 .57	5.05	.00
Einzeltherapie Psychiater und Therapie mit Medikamenten	288	2.39 2.30	.59 .62	2.65	.00
Einzeltherapie Psychologe und Therapie mit Medikamenten	184	2.50 2.30	.52 .62	4.42	.00

Um eine Alpha-Adjustierung vorzunehmen, wurde die Anpassung nach Bonferroni angewandt. Diese regelt die Gesamtfehlerrate, indem die Fehlerrate für jeden Test auf den Quotienten aus der experimentellen Fehlerrate und der Gesamtzahl der Tests gesetzt wird. Im vorliegenden Fall wird ein Alphawert von .05 angenommen. Dieser wird durch die Anzahl der

⁵⁰ Zur Berechnung der Vergleiche wurde die Beurteilung einer Person mit jeweils zwei von ihr angekreuzten Therapieformen des Item 38 („Wie hilfreich fanden Sie folgende Therapieformen?“) hergenommen. Eingesetzt wurde der T-Test für gepaarte Stichproben (mit listenweisen Ausschluss).

Tests (d.s. 6 Tests) dividiert, was ein $p = .008$ ergibt. Für die Vergleiche der Therapieformen sind somit alle Vergleiche bis auf die „Einzeltherapie Psychiater und Gruppentherapie“ auch bei angepasstem Alpha signifikant.

Das Ergebnis von Berghofer et al. (2000), in deren Studie die Wichtigkeit der Behandlungsmassnahme „Medikamente“ von schizophrenen und affektiv erkrankten Personen wichtiger eingestuft wurde als von Patienten aus anderen Diagnosegruppen, konnte in vorliegender Studie nicht bestätigt werden: *Affektiv erkrankte Personen finden die Einzeltherapie mit einem Psychiater hilfreicher als eine Therapie mit Medikamenten. Schizophren erkrankte Personen machen bezüglich dieser beiden Therapieformen keinen signifikanten Unterschied* (vgl. Tab. 19).

Damit belegt die vorliegende Untersuchung wiederum Studien, die das Einzelgespräch als wichtigste Therapieform ansehen (z.B. Wolfersdorf et al., 1997). Auffallend hoch ist die Zufriedenheit der schizophren Erkrankten mit der Medikamententherapie ($M = 2.48$). Dies widerspricht auch den in Studien postulierten geringen Zufriedenheitswerten von Schizophrenen (z.B. Swoboda et al., 2000).

Tab. 19 Hilfestellung der Therapieformen bei affektiven und schizophrenen Patienten

	n	M [1;3]	SD	t	p
Affektiv Erkrankte:					
Einzeltherapie Psychiater	138	2.38	.62	2.08	.03
und Therapie mit Medikamenten		2.28	.64		
Schizophren Erkrankte:					
Einzeltherapie Psychiater	33	2.36	.60	1.16	.25
und Therapie mit Medikamenten		2.48	.65		

In Studien (z.B. Schützwohl und Olbricht, 2000) und in den qualitativen Ergebnissen der vorliegenden Studie zeigte sich, dass paramedizinische Therapien wie Ergo- und Gestaltungstherapie allgemein sehr wichtig für den Patienten sind. Im Vergleich der Ergo- und Gestaltungstherapie mit der Einzeltherapie Psychiater und der Therapie mit Medikamenten ergibt sich in vorliegender Studie ein überraschendes Ergebnis: *Patienten, die sowohl ergotherapeutisch behandelt wurden als auch in einer Einzeltherapie mit einem Psychiater waren, beurteilen die Ergo- und Gestaltungstherapie als hilfreicher. Patienten, die sowohl ergotherapeutisch als auch medikamentös behandelt wurden, beurteilen ebenfalls die Ergo- und Gestaltungstherapie als hilfreicher* (vgl. Tab. 20). Alle anderen paramedizinischen Therapien weisen keine Auffälligkeiten auf.

Somit steht *nicht* die Gesprächstherapie mit dem Psychiater oder die medikamentöse Therapie an erster Stelle der hilfreichen Therapieformen, sondern *die Ergo- und Gestaltungstherapie*. Dies widerspricht den bereits erwähnten Studien und bestätigt die Studie von Schützwohl und Olbricht (2000), die in ihrer Untersuchung den hohen Stellenwert der psychiatrischen Ergotherapie belegen.

Tab. 20 Ergotherapie im Vergleich mit Psychiater und Medikamenten

	n	M [1;3]	SD	t	p
Ergo- und Gestaltungstherapie und Einzeltherapie Psychiater	279	2.53	.58	2.86	.00
Ergo- und Gestaltungstherapie und Therapie mit Medikamenten	323	2.42	.53	5.07	.00
		2.49	.53		
		2.31	.61		

ZUFRIEDENHEIT UND THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Viele Studien belegen, dass die Patientenzufriedenheit in hohem Masse von der therapeutischen Beziehung abhängt (z.B. Gruyters & Priebe, 1994; Twemlow et al., 1995). Dabei hat das Gespräch mit dem Arzt und der Zeitfaktor einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten (z.B. Elbeck, 1992; Kenny, 1995). In der vorliegenden Studie bestätigten sich folgende Aspekte: Hat der Patient genügend Gespräche mit dem Arzt ($r = .65$, $p = .001$) und hat der Patient genügend Zeit mit den Pflegepersonen ($r = .68$, $p = .001$) oder Therapeuten ($r = .58$, $p = .001$), beeinflusst dies seine Zufriedenheit signifikant positiv. Auffallend ist in vorliegender Studie die hohe Zufriedenheit mit dem Zeitaspekt Therapeut ($M = 2.63$, $SD = .39$) gegenüber dem – immer noch hohen – Zufriedenheitsgrad mit den Arztgesprächen ($M = 2.37$, $SD = .61$). Eher unzufrieden sind die Patienten mit dem Zeitaspekt des Pflegepersonals ($M = 2.11$), wobei hier jedoch eine relativ hohe Standardabweichung zu beachten ist ($SD = .74$).

Hannöver et al. (2000) berichten darüber, dass eine negative Beziehung Patient - Arzt mit negativer Zufriedenheit der Patienten einhergeht. In vorliegender Studie wurde dazu die Frage „Haben Sie Ihre Ärzte während der Behandlung als unterstützend und hilfreich erlebt“ korreliert. Die Hypothese wurde gestützt: *Je mehr unterstützend und motivierend der Arzt während der Behandlung dem Patienten gegenüber ist, umso zufriedener ist der Patient* ($r = .68$, $p = .000$, $M = 2.21$). Hier ist die Standardabweichung mit $SD = .73$ relativ hoch und zu beachten.

In verschiedenen Studien (z.B. Moutoussis et al., 2000) verursacht eine fehlende Kontinuität in der Behandlung, z.B. durch hohen Arztwechsel, Unzufriedenheit bei den Patienten. Dieses Ergebnis wurde in vorliegender Studie ebenfalls festgestellt: Ist die Zuständigkeit eines Arztes, einer Ärztin ($r = .40$, $p = .001$), einer Pflegeperson ($r = .33$, $p = .001$) oder eines Therapeuten ($r = .38$, $p = .001$) nicht kontinuierlich gegeben, vermindert dies die Zufriedenheit des Patienten.

Mittelmässig zufrieden äussern sich die Patienten mit der Zuständigkeit der Pflegepersonen ($M = 2.07$, $SD = .95$), gefolgt von der Zuständigkeit der Therapeuten ($M = 2.12$, $SD = .81$). Recht zufrieden sind sie hingegen mit der Zuständigkeit des Arztes ($M = 2.48$, $SD = .85$). Bei letzterem ist bei einem Medianwert von $MD = 3$ (emp. Min. = 1, emp. Max. = 3) eine Tendenz zur Linksschiefe zu beobachten; bei der Zuständigkeit der Pflegepersonen eher eine Polarisierung ($MD = 2$; emp. Min. = 1, emp. Max. = 3).

Eine Überprüfung der Items des Bereiches „Therapeutische Beziehung“ mittels regressionsanalytischen Ansatz hat bei allen Items Signifikanzen wie folgt ergeben: Genügend Gespräche mit Arzt (Item 16, $Beta = .17$, $p = .000$), Genügend Zeit Pflegepersonal (Item 27, $Beta = .26$, $p = .000$), Genügend Zeit Therapeut (Item 45, $Beta = .15$, $p = .000$), Unterstützung Arzt (Item 20, $Beta = .37$, $p = .000$), Zuständigkeit Arzt (Item 15, $Beta = .06$, $p = .016$), Zuständigkeit Pflegepersonal (Item 22, $Beta = .09$, $p = .000$) sowie Zuständigkeit Therapeut (Item 41, $Beta = .07$, $p = .004$). Damit haben alle Items signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit.

ZUFRIEDENHEIT UND EINBEZUG DES PATIENTEN

Die Hypothese, dass der Patient umso zufriedener ist, je mehr er in die Behandlung einbezogen wird, belegen verschiedene Studien (z.B. Holmes et al., 1998). Die dabei untersuchten Aspekte sind beispielsweise der Bereich „Einfluss auf die Behandlung“ (Sandlund & Hansson, 1999). Die vorliegende Untersuchung bestätigt diese Resultate: *Je weniger der Patient die Behandlung erhält, die er gewünscht hat, desto unzufriedener ist er* ($r = .70$, $p = .000$). *Je weniger der Patient bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen wird, umso unzufriedener ist er* ($r = .73$, $p = .000$) und *je weniger er Einfluss bei der Auswahl der Therapien nehmen kann, umso unzufriedener ist er* ($r = .49$, $p = .001$).

Wenn bei der Entscheidungsfindung bezüglich einer Therapie der Patient mit einbezogen wird (z.B. durch ein Angebot an Behandlungsalternativen), erhöht dies die Zufriedenheit (z.B. Murray et al., 2001). Auch diese Hypothese bestätigt sich in vorliegender Studie: *Je mehr Behandlungsalternativen zu den Medikamenten angeboten werden, umso zufriedener ist der Patient* ($r = .42$, $p = .01$).

Alle Items des Bereiches „Einbezug des Patienten“ zeigen dabei bei einer regressionsanalytischen Überprüfung hochsignifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit (vgl. Tab. 21). Sehr unzufrieden sind die Patienten in vorliegender Studie beim Angebot an Behandlungsalternativen zu Medikamenten ($M = 1.16$) sowie bei der Einflussnahme bei den Therapien ($M = 2.01$).

Tab. 21 Zufriedenheit und „Einbezug des Patienten“

	Itemnr.	n	M [1;3]	SD	Beta	p
Gewünschte Behandlung bekommen	29	501	2.25	.58	.31	.00
Einbezug bei der Bestimmung der Behandlungsziele	34	506	2.30	.39	.43	.00
Einflussnahme bei den Therapien	39	468	2.01	.68	.15	.00
Behandlungsalternativen zu Medikamenten	51	421	1.16	.37	.18	.00

ZUFRIEDENHEIT UND BEZIEHUNG ZUM PERSONAL

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass die Beziehung zum Personal, hier vor allem die empathischen Qualitäten des Personals (Zuhören, Verständnis, Respekt dem Patienten gegenüber etc.), signifikanten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hat (z.B. Björkman et al., 1996; Priami & Plati, 1997, Ryan et al., 1988). Zur Hypothesenprüfung werden in vorliegender Studie Items zu diesem Bereich herangezogen (siehe Tab. 22).

Es zeigt sich, dass die diesbezüglichen Items einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit haben ($p < .001$). Die körperliche Betreuung spielt im Zusammenhang mit der Zufriedenheit ebenfalls eine Rolle: *Je sicherer aufgehoben sich die psychiatrischen Patienten bei einem körperlichen Entzug fühlen und/oder je besser medizinisch betreut sie sich fühlen, umso grösser ist die Zufriedenheit mit dem Aufenthalt* ($r = .68$, $p = .001$; $r = .73$, $p = .001$). Dieses Ergebnis stimmt mit dem Forschungsstand überein (z.B. Lelliott et al., 2001). Allgemein fällt auf, dass die Antworten bei einzelnen Items stark variieren, dies vor allem beim Item „Zeit für Patienten nehmen: Pflege“ ($SD = .74$).

Tab. 22 Zufriedenheit und „Beziehung zum Personal“

	Itemnr.	n	M [1;3]	SD	r
Respektvolle Behandlung von Pflege	24	501	2.58	.53	.52
Höflichkeit Pflegepersonal	25	504	2.57	.45	.66
Vertrauen in Pflegepersonal	26	506	2.48	.58	.65
Zeit für Patienten nehmen: Pflege	27	503	2.11	.74	.68
Unterstützung von Pflegepersonal	28	503	2.28	.69	.68
Versorgung bei körperl. Entzug	35	166	2.48	.66	.68
Versorgung bei körperl. Beschwerden	36	386	2.49	.62	.73

Anmerkung: $p < .001$ bei allen Korrelationen

Studien (z.B. Berghofer et al., 2000) konnten zeigen, dass sich eine Behandlung, die zu einer Stabilisierung oder Besserung des psychischen Gesundheitszustandes beiträgt, positiv auf die Zufriedenheit der Patienten auswirkt. Diese Hypothese wird in vorliegender Studie überprüft und bestätigt. Es zeigt sich beim Item 40, dass *die Patienten umso zufriedener sind, je mehr die erhaltene Behandlung ihnen den Umgang mit ihrem Problem erleichtert* ($r = .70$, $p = .000$, $M = 2.35$, $SD = .57$).

Eine regressionsanalytische Überprüfung des Bereiches „Beziehung zum Personal“ ergab als signifikante Einflussvariablen auf die Zufriedenheit die Items Zeit für Patienten nehmen des Pflegepersonals ($Beta = .13$, $p = .01$), Unterstützung von Pflegepersonal ($Beta = .13$, $p = .02$) und als hochsignifikante Einflussgrößen die Items Versorgung bei körperlichem Entzug ($Beta = .20$, $p = .000$), Versorgung bei körperlichen Beschwerden ($Beta = .32$, $p = .000$) sowie erhaltene Behandlung ($Beta = .23$, $p = .000$).

ZUFRIEDENHEIT IN ABHÄNGIGKEIT VON SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN

In verschiedenen Studien (z.B. Dietzen & Bond, 1993; Spiessl et al., 1996) zeigte sich, dass **Frauen** mit der Behandlung signifikant zufriedener als Männer waren. In vorliegender Untersuchung ist jedoch kein signifikanter Unterschied in der Gesamtzufriedenheit zwischen den Geschlechtern zu vermerken (vgl. Tab. 23): *Frauen unterscheiden sich in ihrer Zufriedenheit nicht wesentlich von Männern*. Dies bestätigt das Ergebnis von anderen Studien, bei denen das Geschlecht ebenfalls keine Signifikanzen aufwies (z.B. Barker et al., 1996; Rich, 1994).

Tab. 23 Zufriedenheit in Abhängigkeit des Geschlechts

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	t	p
Frau	281	2.29	.38	1.27	2.99	-.44	.65
Mann	221	2.31	.39	1.10	2.93		

Bezüglich des **Alters** zeigte sich in einer Vielzahl von Studien (z.B. Barker et al., 1996; Hargraves et al., 2001; Gjerden, 1997; Spiessl et al., 1996), dass *ältere Patienten zufriedener mit ihrer Erfahrung im Spital* sind. Dieser Zusammenhang konnte auch in vorliegender Studie bestätigt werden: Das Alter steht mit der Zufriedenheit in einem geringen, jedoch signifikanten positiven Zusammenhang⁵¹ ($r = .12$, $p = .001$); das durchschnittliche Alter liegt bei ca. 45 Jahren ($M = 45.40$, $SD = 13.91$, $n = 493$). Das Ergebnis widerspricht den wenigen Studien, in denen das Alter keine Rolle für die Zufriedenheit spielt (z.B. Rich, 1994).

Ein auffälliger Zusammenhang zwischen **Zivilstand** und der Patientenzufriedenheit konnte in verschiedenen Studien (z.B. Boecker, 1989; Lebow, 1982; Rich, 1994) *nicht* nachgewiesen werden. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich zwar im Gesamtvergleich ein gesamthaft signifikanter Unterschied ($p = .03$; vgl. Tab. 24), in der Post-Hoc-Analyse erreichte jedoch keine Gruppe das Signifikanzniveau. Es kann aus diesem Grund lediglich von einer Tendenz gesprochen werden: Verwitwete und Geschieden/getrennt lebende Personen sind tendenziell zufriedener (beide $p = .08$), die Verwitweten sogar sehr zufrieden ($M = 2.47$; vgl. Tab. 24).

Tab. 24 Zufriedenheit in Abhängigkeit des Zivilstandes

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
Single	161	2.26	.37	1.31	2.96	2.85	.03
Lebensgemeinschaft/verheiratet	216	2.33	.38	1.27	2.92		
Geschieden/getrennt lebend	95	2.25	.39	1.10	2.99		
Verwitwet	17	2.47	.34	1.78	2.94		

Der **Versicherungsstatus** wurde bislang in Patientenzufriedenheitsstudien mit Ausnahme der Studie von Modestin et al. (2003) *nicht* beachtet. Das Ergebnis von diesen Autoren, dass besser Versicherte (Halbprivat und Privat) signifikant zufriedener mit der erhaltenen Behandlung sind, konnte in vorliegender Untersuchung *nicht* bestätigt werden (siehe Tab. 25). Auffallend ist dennoch die hohe Zufriedenheit der Privatversicherten ($M = 2.37$) und Halbprivatversicherten ($M = 2.35$); beide Werte können bei einem empirischen Maxima (emp. Max. = 2.96) als sehr hoch bezeichnet werden.

Tab. 25 Zufriedenheit in Abhängigkeit des Versicherungsstatus

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
Allgemein	365	2.28	.39	1.10	2.99	1.70	.18
Halbprivat	77	2.35	.35	1.31	2.96		
Privat	39	2.37	.40	1.28	2.96		

⁵¹ Beim Korrelationskoeffizienten handelt es sich, wenn nicht anders angegeben, um den Pearson Korrelationskoeffizienten.

Den **Gesundheitszustand** bezeichnen die Mehrzahl an Studien zur Patientenzufriedenheit als sehr wichtigen Prädiktor für die Patientenzufriedenheit (z.B. Cleary et al., 1992; Hall et al., 1998; Hargraves et al., 2001). Dieser Zusammenhang konnte in vorliegender Studie nicht bestätigt werden: *Patienten, die kränker sind, sind nicht wesentlich kritischer* ($r = .08$, $p = .07$). Damit geht die Studie konform mit dem von Swoboda et al. (2000) gefundenen Ergebnis, wonach die Autoren ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit fanden.

ZUFRIEDENHEIT UND INFORMATION

Studien belegen, dass ein Patient umso zufriedener ist, je vollständiger und verständlicher die Information für ihn ist (z.B. Eyer et al, 1994; Hyde et al., 1998; Sandlund & Hansson, 1999). Zur Überprüfung der Ergebnisse werden Items untersucht, die inhaltlich dem Bereich „Information“ zugeordnet werden können (vgl. Tab. 26). Alle Items wurden bestätigt ($p = .000$): *Je besser der Patient über die Krankheit, über die Haupt- und Nebenwirkungen der Medikamente informiert wird und je verständlicher diese Information ist, umso zufriedener ist er*. Auffallend ist generell die grosse Unzufriedenheit mit der gegebenen Information; der Zufriedenheitsgrad bewegt sich zwischen $M = 1.58$ (Information über Krankheit in der geschlossenen Abteilung) bis $M = 2.07$ (Information über Krankheit).

Allgemein zeigen sich relativ hohe Standardabweichungen und niedrige Mittelwerte. Das heisst, dass die Patienten in ihren Meinungen zwar differieren, der Grossteil der Patienten doch recht unzufrieden ist. Ersichtlich ist die Tendenz auch an der leichten Rechtsschiefe des Items 11 ($MD = 2$) und des Item 49 ($MD = 1.66$).

Tab. 26 Zufriedenheit in Zusammenhang mit Items zum Bereich „Information“

	Itemnr.	n	M [1;3]	SD	r
Information über Krankheit (geschlossene Abteilung)	11	207	1.58	.77	.71
Information über Hauptwirkungen Medikamente	48	424	2.05	.69	.71
Information über Nebenwirkungen Medikamente	49	426	1.85	.70	.69
Verständliche Information über Medikamente	50	420	1.67	.76	.64
Information über Krankheit	52	499	2.07	.65	.74
Verständliche Information über Krankheit	53	493	1.65	.73	.69

Anmerkung: $p = .000$ bei allen Korrelationen

Signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit im Bereich „Information“ haben die Items Information über Krankheit auf der geschlossenen Abteilung ($Beta = .18$, $p = .01$), Verständliche Information über Krankheit ($Beta = .17$, $p = .011$) sowie Information über Krankheit ($Beta = .22$, $p = .006$).

ZUFRIEDENHEIT UND KLINISCHE VORERFAHRUNGEN SOWIE AUFENTHALTSDAUER

Studien belegen, dass klinische Vorerfahrungen in der gleichen Institution und häufige Hospitalisierungen die Zufriedenheit der Patienten negativ beeinflussen (z.B. Larsen et al., 1979). Diese Hypothese lässt sich in vorliegender Studie für die beiden Universitätsspitäler nicht bestätigen: *Patienten mit erstmaliger psychiatrischer Behandlung sind nicht zufriedener als Patienten mit mehrmaliger Behandlung* ($r = .07$; $p = .21$). Dies bestätigt das Ergebnis von anderen Studien (z.B. Gjerden, 1997). Bei den SHO lässt sich jedoch ein – wenn auch eher schwacher, so doch signifikanter – Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit und mehrmaliger Hospitalisation erkennen: *Mehrmalige Aufenthalte in einer Psychiatrie verringern hier die Zufriedenheit der SHO-Teilnehmer signifikant* ($r = .17$, $p = .01$). Die Ergebnisse sprechen dafür, die Zufriedenheit und klinische Vorerfahrung abhängig von der Teilnehmergruppe zu sehen. Studien hierfür liegen nicht vor.

Bei der Überprüfung der Hypothese bezüglich der klinischen Vorerfahrung und Zufriedenheit war es nötig, aufgrund der unterschiedlichen Informationsabfrage im Fragebogen die Teilnehmergruppen Universitätsspitäler und Selbsthilfeorganisationen getrennt zu untersuchen.

In einigen Studien korreliert die Aufenthaltsdauer mit der Zufriedenheit in dem Sinne, dass längere Spitalsaufenthalte mit geringeren Zufriedenheitswerten einhergehen (z.B. Rich, 1994). In vorliegender Studie konnte dies nicht bestätigt werden (vgl. Tab. 27): *Patienten mit einem längeren Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik sind nicht unzufriedener*. Auffallend ist, dass die meisten Patienten ($n = 351$) in der kürzesten Aufenthaltsdauer (bis zu 10 Tagen) zu finden sind und sich die Zufriedenheitswerte aller drei Aufenthaltsgruppen kaum voneinander unterscheiden ($M = 2.30$, $M = 2.30$, $M = 2.25$). Allgemein betrachtet scheint die minimal angegebene Zufriedenheit mit der Aufenthaltsdauer leicht anzusteigen. Der maximal erreichte Wert ist sehr hoch, scheint aber tendenziell minim abzunehmen. Im Mittel unterscheiden sich die drei Gruppen nicht wesentlich: Die Mittelwerte zeigt eine recht gute Zufriedenheit an.

Tab. 27 Zufriedenheit in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
Bis 10 Tage	351	2.30	.39	1.10	2.99	.61	.54
11-20 Tage	68	2.30	.39	1.31	2.98		
3 Wochen und länger	69	2.25	.36	1.56	2.92		

ZUFRIEDENHEIT UND DIAGNOSE

Bezüglich des Einflusses der Diagnose auf die Zufriedenheit berichten viele Studien über hohe Zufriedenheitswerte von Depressiven (z.B. Howard et al., 2001; Keller et al., 2000; Svensson & Hansson, 1994), negative Zufriedenheit bei psychotischer Symptomatik (z.B. Sandlund & Hansson, 1999) sowie geringe Zufriedenheitswerte bei Patienten mit Suchtproblematik (z.B. Spiessl et al., 1996) oder schizophrenen Patienten (z.B. Swoboda et al., 2000). *Dieses Resultat, dass die Zufriedenheit von bestimmten Diagnosen abhängig ist, konnte in vorliegender Studie weder hinsichtlich der PZZ-Skala noch hinsichtlich der einzelnen Skalen bestätigt werden.* Keine der Diagnosen war auffällig, das Ergebnis geht konform mit der Studie von Spiessl et al. (1999), in der die Bewertung der psychiatrischen Patienten weitgehend unabhängig von erkrankungsbezogenen Variablen war.

In einigen Studien wurde zudem der Einfluss einer Medikamentengabe auf die Patientenzufriedenheit untersucht (z.B. Hyde et al., 1998). Dabei unterschieden sich medikamentös behandelte Patienten nicht von anderen, nicht-medikamentös behandelten Patienten hinsichtlich der Zufriedenheit. Dieses Resultat wird in vorliegender Studie bestätigt: *Es lässt sich kein Unterschied zwischen der Gruppe der Patienten, die Medikamente erhielten und der Gruppe ohne Medikamente bezüglich der Zufriedenheit feststellen* ($F = 3.66$, $p = .56$). Auffallend ist der grosse Anteil an Patienten, die Medikamente erhalten haben ($n = 424$). Bezüglich des Zufriedenheitsgrades der beiden Gruppen gibt es kaum einen Unterschied (Medikamente: $M = 2.27$, $SD = .38$; keine Medikamente: $M = 2.29$, $SD = .39$).

ZUFRIEDENHEIT UND EINBEZUG DER FAMILIE

Einige Studien belegen, dass ein vermehrter Familieneinbezug in der Entlassungssituation für Zufriedenheit unter den Patienten sorgt (z.B. Reiley, 1996; Weston et al., 1995). Diese Hypothese konnte in vorliegender Studie bestätigt werden: *Patienten, deren Familie oder Angehörige vom Behandlungsteam ausreichend Informationen erhielten, um den Patienten in der Zeit nach der Entlassung unterstützen zu können, sind zufriedener* ($r = .54$, $p = .001$). Die Patienten der vorliegenden Untersuchung sind mit einem Mittelwert von 1.84 ($SD = .83$) unzufrieden mit dem Einbezug ihrer Familie in die Entlassungssituation.

ZUFRIEDENHEIT UND ZWANGSEINWEISUNG SOWIE GESCHLOSSENER ABTEILUNG

In den meisten Studien wird über erhöhte Unzufriedenheitswerte von zwangseingewiesenen Patienten berichtet (z.B. Bhugra et al., 2000; Greenwood et al., 1999; Swensson & Hansson, 1994; Swoboda et al., 2000). Das Ergebnis der einfaktoriellen ANOVA ist in vorliegender Studie ein signifikanter Unterschied mit $p = .000$ (vgl. Tab. 28). Das bedeutet, dass *zwangseingewiesene Patienten mit ihrem Aufenthalt in der Psychiatrie unzufriedener sind*.

Explorativ wurde zudem untersucht, wie zufrieden sich Zwangseingewiesene ($n = 78$) nicht nur hinsichtlich der PZZ-Skala, sondern auch hinsichtlich der verschiedenen Skalen (Koordination der Betreuung, emotionale Zuwendung, Wertschätzung, Ernstnehmen und Information, Rechte und Medikamente, Entlassung und Nachbetreuung, Zimmer, sanitäre Installationen, Essen) zeigen.

Es zeigte sich, dass *Zwangseingewiesene im Vergleich zu den freiwillig Eingetretenen (hoch)signifikant unzufriedener mit allen Skalen ausser der Skala Essen sind* (vgl. Tab. 28). Dieses Ergebnis bestätigt das Resultat der qualitativen Auswertung in vorliegender Studie, in dem in der ersten Hypothese postuliert wird, dass bei zwangsbehandelten Patienten der Kritikanteil höher ist. Die Unzufriedenheit mit dem Zimmer bestätigt unter anderem die Ergebnisse der Studie von Svensson und Hansson (1994). Zu den anderen Skalen liegen explizit keine Forschungsergebnisse vor. Zudem auffallend ist der niedrige Zufriedenheitswert bei den Skalen Rechte und Medikamente ($M = 1.64$) sowie Koordination der Betreuung ($M = 1.94$).

Bezüglich der Skala Ernstnehmen und Information findet sich ebenso kein hoher Zufriedenheitswert ($M = 1.85$), jedoch im Vergleich eine recht hohe Standardabweichung ($SD = .60$), was bedeutet, dass es unterschiedliche Einschätzungen gibt. Es ist allgemein eine Tendenz ersichtlich (vgl. Tab. 28): Je höher der Mittelwert in den Skalen, umso geringer sind die Standardabweichungen, d.h. umso mehr sind sich die Patienten im Urteil einig.

Tab. 28 Zufriedenheit in Abhängigkeit der Einweisungsart

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
PZZ-Skala:							
Freiwillige Einweisung	413	2.34	.36	1.27	3.00	41.34	.00
Zwangseinweisung	78	2.05	.41	1.10	2.96		
Skalenwerte der Zwangseingewiesenen:							
Koordination der Betreuung		1.94	.49	1.00	3.00	28.40	.00
Emotionale Zuwendung und Unterstützung		2.14	.47	1.15	3.00	40.24	.00
Wertschätzung und Respektierung indiv. Bedürfnisse		2.02	.44	1.15	2.93	39.28	.00
Ernstnehmen und Information		1.85	.60	1.00	3.00	29.43	.00
Rechte und Medikamente		1.64	.52	1.00	3.00	19.25	.00
Entlassung und Nachbetreuung		2.02	.57	1.00	3.00	26.55	.00
Zimmer		2.39	.40	1.00	3.00	9.56	.00
Sanitäre Installationen		2.14	.51	1.00	3.00	29.06	.00
Essen		2.37	.46	1.00	3.00	3.23	.07

Die Unzufriedenheit von zwangseingewiesenen Patienten mit dem Bereich Rechte und Medikamente zeigt sich in vorliegender Studie auch darin, dass 60.8 % berichten, keine Hilfe bei der Wahrnehmung der Rechte erhalten zu haben (Item 4). 47 % berichten, dass Zwangsmassnahmen mit ihnen nur manchmal oder gar nicht zu einem späteren Zeitpunkt nachbesprochen wurden. 68.1 % der Zwangseingewiesenen sind der Meinung, dass diese Massnahmen völlig oder einigermaßen zu verhindern gewesen wären (Item 7). Diese Ergebnisse könnten für die Resultate der Studie von Smolka et al. (1997) sprechen, in der die Akzeptanz der angegebenen Zwangsmassnahmen gegen Behandlungsende hin abnimmt.

58.5 % der Zwangseingewiesenen sind sehr schlecht bis eher schlecht über die Hauptwirkungen der Medikamente informiert worden (Item 48). 70.4 % berichten, sehr schlecht bis eher schlecht über die Nebenwirkungen der Medikamente (Item 49) aufgeklärt worden zu sein, wobei immerhin 17.3 % der Meinung sind, über die Haupt- und Nebenwirkungen nicht so aufgeklärt worden zu sein, dass sie es verstehen konnten (Item 50).

Ebenfalls finden sich Studien mit geringen Zufriedenheitswerten bei Patienten in geschlossenen Abteilungen (z.B. Spiessl, 1996). Die Hypothese, dass diese Patienten im Vergleich zu Patienten auf einer offenen/halboffenen Abteilung unzufriedener sind mit der Behandlung, muss hier beibehalten werden (vgl. Tab. 29). Zudem werden die Patienten, welche einen Aufenthalt in einer geschlossenen Abteilung erlebten, neben dem Zusammenhang mit der PZZ-Skala explorativ hinsichtlich aller Skalen des Fragebogens untersucht.

Es zeigt sich, dass *Patienten auf der geschlossenen Abteilung mit Ausnahme der Skala Essen in allen Skalen unzufriedener sind* (vgl. Tab. 29).

Tab. 29 Zufriedenheit der Personen in geschlossenen und in nicht-geschlossenen Abteilungen

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
PZZ-Skala:							
Keine geschlossene Abteilung	271	2.38	.36	1.27	3.00	33.76	.00
Geschlossene Abteilung	204	2.18	.39	1.10	2.99		
Skalenwerte geschlossene Abteilung:							
Koordination der Betreuung		2.08	.51	1.00	3.00	21.44	.00
Emotionale Zuwendung und Unterstützung		2.30	.45	1.18	3.00	30.35	.00
Wertschätzung und Respektierung der indiv. Bedürfnisse		2.16	.44	1.15	3.00	32.75	.00
Ernstnehmen und Information		1.98	.59	1.00	3.00	40.15	.00
Rechte und Medikamente		1.78	.58	1.00	3.00	16.08	.00
Entlassung und Nachbetreuung		2.18	.51	1.00	3.00	16.17	.00
Zimmer		2.27	.47	1.00	3.00	24.12	.00
Sanitäre Installationen		2.47	.41	1.00	3.00	5.85	.02
Essen		2.41	.44	1.00	3.00	1.94	.16

Anmerkung: „Keine geschlossene Abteilung“ kann eine offene oder halboffene Abteilung sein.

Die Patienten auf der geschlossenen Abteilung sind am wenigsten zufrieden mit dem Bereich „Rechte und Medikamente“. Dies zeigt sich in der vorliegenden Arbeit auch in den Häufigkeiten: 55.9 % der Befragten geben an, nur einigermaßen oder gar nicht über ihre Rechte aufgeklärt worden zu sein. 75.9 % der Patienten wurde nicht oder nur einigermaßen geholfen, ihre Rechte wahrzunehmen. Im Bereich „Ernstnehmen und Information“ geben 61.4 % an, nicht oder kaum genügend Information über die Art, Ursache und Therapiemöglichkeiten ihrer Störung erhalten zu haben.

ZUFRIEDENHEIT MIT ZIMMER, ESSEN UND SANITÄREN INSTALLATIONEN

Verschiedene Studien belegen den positiven Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Einrichtung bzw. Rückzugsmöglichkeit (z.B. Müller, 2000). Die Hypothese, dass die Patienten umso zufriedener sind, je eher sie Rückzugsmöglichkeiten haben, bestätigt sich in vorliegender Untersuchung hinsichtlich der PZZ-Skala hochsignifikant ($r = .52$, $p = .000$, Item 57: $M = 2.26$, $SD = .77$). Ebenso sind Patienten umso zufriedener, je mehr ihr Zimmer ihren Ansprüchen genügt hat ($r = .61$, $p = .001$, Item 66: $M = 2.53$, $SD = .57$).

Dabei haben in einem regressionsanalytischen Ansatz die folgenden Items des Bereiches „Zimmer“ einen hochsignifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit (PZZ-Skala): Anspruch an Zimmer (Item 66, Beta = .21, $p = .000$), Rückzugsmöglichkeit (Item 57, Beta = .17, $p = .000$), Matratzenqualität (Item 65b, Beta = .11, $p = .008$), Sauberkeit (Item 65d, Beta = .13, $p = .001$), Privatsphäre (Item 65e, Beta = .17, $p = .006$).

Ein Bereich der so genannten Hotellerie, der in Forschungsstudien bislang selten untersucht wurde, ist der Bereich „Essen“. Hier beurteilen Personen, die mit dem Aspekt „Essen“ zufrieden waren, auch ihren Spitalaufenthalt signifikant besser ($r = .46$, $p = .01$). Signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit im Bereich „Essen“ haben die Items Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten (Item 67a, Beta = .15, $p = .007$), Präsentation der Mahlzeiten (Item 67d, Beta = .15, $p = .021$) sowie Temperatur der Mahlzeiten (Item 67e, Beta = .17, $p = .001$).

Auch im Bereich Sanitäre Installationen beurteilen Personen, die mit diesem Aspekt zufrieden sind, ihren Spitalaufenthalt hochsignifikant besser ($r = .58$, $p = .000$). In diesem Bereich haben die Items Sauberkeit des eigenen WCs (Item 71d, Beta = .26, $p = .03$) sowie Verfügbarkeit des Etagen-WCs (Item 71f, Beta = .33, $p = .001$) signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit.

ZUFRIEDENHEIT UND WIEDERKOMMEN SOWIE WEITEREMPFEHLUNG

Der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Wiederkommen sowie Weiterempfehlung ist nur in wenigen Studien belegt worden (Druss et al., 1999; Nelson, 1997; Watson & Leatham, 1996). Die Hypothesen lauten: *Personen, die mit ihrem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie zufrieden waren, empfehlen die Klinik weiter. Sie würden, wenn sie Hilfe benötigten, wieder in diese Klinik kommen.* Die beiden Hypothesen wurden in vorliegender Untersuchung bestätigt (Wiederkommen: $r = .76$, $p = .000$; Weiterempfehlung: $r = .74$, $p = .000$). Beide Bereiche weisen denselben Mittelwert auf ($M = 2.39$). Die Standardabweichungen von $SD = .70$ (Wiederkommen) und $SD = .69$ (Weiterempfehlung) sind eher hoch: Die Personen differieren in ihren Meinungen.

11.2 Zufriedenheit in Abhängigkeit von den drei Teilnehmergruppen

Im Folgenden werden die drei Teilnehmergruppen der vorliegenden Untersuchung getrennt bezüglich ihrer Zufriedenheit (PZZ-Skala) untersucht. Bei den drei Teilnehmergruppen handelt es sich um die psychiatrische Universitätsklinik Innsbruck (PUK Innsbruck), die psychiatrische Universitätsklinik Basel (PUK Basel) sowie die Teilnehmergruppe der Selbsthilfeorganisationen (SHO).

ZUFRIEDENHEIT IN ABHÄNGIGKEIT MIT DER TEILNEHMERGRUPPE

Die drei Teilnehmergruppen unterscheiden sich bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem stationären Aufenthalt in einer Psychiatrie (PZZ-Skala, $p = .04$, vgl. Tab. 30). In der Post-Hoc-Analyse lässt sich dabei näher feststellen, dass die Patienten der PUK Innsbruck sowie die Patienten in den SHO wesentlich unzufriedener sind ($p = .03$). Der Zufriedenheitsgrad an sich ist dennoch generell sehr hoch, am höchsten bei den Patienten der PUK Innsbruck ($M = 2.36$). Am unzufriedensten zeigt sich die Teilnehmergruppe der SHO ($M = 2.25$).

Tab. 30 Zufriedenheit in Abhängigkeit der Teilnehmergruppe

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
PUK Innsbruck	163	2.36	.39	1.10	3.00	3.13	.04
PUK Basel	132	2.29	.38	1.31	2.98		
SHO	211	2.25	.38	1.28	2.99		

Betrachtet man die Teilnehmergruppen zusätzlich in Zusammenhang mit den einzelnen Skalen des vorliegenden Fragebogens (vgl. Tab. 31), weist hier die Skala 6 „Rechte und Medikamente“ Auffälligkeiten auf ($p = .03$). In der Post-Hoc-Analyse lässt sich dabei feststellen, dass sowohl die Patienten der PUK Innsbruck ($p = .02$) als auch die Patienten in den SHO ($p = .03$) unzufriedener in dieser Skala sind. Auffallend sind die durchgängig tiefen Zufriedenheitswerte in der Skala 6 ($M = 1.84$ bis $M = 2.00$).

Tab. 31 Skala 6 „Rechte und Medikamente“ in Abhängigkeit der Teilnehmergruppen

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
PUK Innsbruck	163	2.00	.62	1.00	3.00	3.42	.03
PUK Basel	131	1.93	.62	1.00	3.00		
SHO	211	1.84	.59	1.00	3.00		

ZUFRIEDENHEIT IN ABHÄNGIGKEIT MIT DEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN

Hinsichtlich des Alters bestätigt sich für die Teilnehmergruppe SHO das gesamthafte Ergebnis der vorliegenden Studie, dass ältere Patienten zufriedener mit ihren Erfahrungen im Spital sind. Dies mit einem geringen, jedoch signifikanten Zusammenhang des Alters mit der Zufriedenheit ($r = .18$, $p = .000$). Bezüglich der Zufriedenheit der Teilnehmergruppen der PUKs zeigt sich eine *Tendenz für die Unabhängigkeit der Alters* mit der Zufriedenheit (Innsbruck: $r = .13$, $p = .09$; Basel: $r = .03$, $p = .68$).

Ein auffälliger Zusammenhang zwischen Zivilstand und Zufriedenheit gibt es nur bei der Teilnehmergruppe SHO (vgl. Tab. 32). Die beiden PUKs wiesen in der einfaktoriellen ANOVA einen Wert von $p = .32$ (Innsbruck) und $p = .11$ (Basel) auf. Die Post-Hoc-Analyse der SHO ergab, dass sowohl allein stehende Personen (Singles) als auch verheiratete und in einer Partnerschaft lebende Personen kritischer sind ($p = .03$). Der Mittelwert von $M = 2.61$ bei den verwitweten Personen könnte ein Indiz für zunehmende Zufriedenheit im Alter sein, ist jedoch bei einer geringen Fallanzahl von nur mehr vier Personen nicht aussagekräftig.

Tab. 32 Zufriedenheit in Abhängigkeit des Zivilstandes beim Teilnehmer SHO

	n	M [1,3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
Single	59	2.16	.38	1.31	2.96	4.22	.00
Lebensgemeinschaft/verheiratet	104	2.33	.35	1.56	2.84		
Geschieden/getrennt lebend	38	2.18	.41	1.36	2.99		
Verwitwet	4	2.61	.28	1.28	2.94		

Was sich hinsichtlich des Gesundheitszustandes feststellen lässt, ist, dass die Patienten der PUK Basel kritischer in ihrem Urteil sind ($r = .26$, $p = .001$) als die beiden anderen Teilnehmer (Innsbruck: $r = .03$, $p = .70$; SHO: $r = .02$, $p = .73$). Das bedeutet, dass Patienten der PUK Basel, die kränker sind, bedeutend kritischer sind.

Ebenfalls auffällig ist die Zufriedenheit in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer nur bei der PUK Basel (vgl. Tab. 33). Der signifikante Unterschied ($p = .04$) bestätigt sich jedoch nicht in der Post-Hoc-Analyse. Somit kann lediglich von einer *Tendenz* gesprochen werden: Tendenziell sinkt der Zufriedenheitsgrad von Patienten in der PUK Basel mit steigender Aufenthaltsdauer. Die beiden anderen Teilnehmer weisen keine Auffälligkeiten auf (Innsbruck: $p = .39$; SHO: $p = .77$).

Tab. 33 Zufriedenheit in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in der PUK Basel

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
Bis 10 Tage	73	2.38	.36	1.73	2.96	3.25	.04
11-20 Tage	27	2.18	.44	1.31	2.98		
3 Wochen und länger	25	2.23	.30	1.61	2.76		

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihrer Zufriedenheit bei keiner Teilnehmergruppe (Innsbruck: $p = .23$, Basel: $p = .69$, SHO: $p = .84$). Bezüglich des Versicherungsstatus lässt sich ebenfalls bei keiner Teilnehmergruppe feststellen, dass höher Versicherte (= Halbprivat- und Privatversicherte) kritischer in ihrem Urteil sind (Innsbruck: $p = .72$; Basel: $p = .16$; SHO: $p = .07$).

ZUFRIEDENHEIT IN ABHÄNGIGKEIT MIT DEN KLINISCHEN DATEN

Der Einfluss der Diagnose auf die Zufriedenheit zeigte bei keiner Teilnehmergruppe eine Auffälligkeit (Innsbruck: $p = .06$; Basel: $p = .08$, SHO: $p = .66$). Explorativ wurden zudem die einzelnen Skalen des vorliegenden Fragebogens im Hinblick auf die Diagnosegruppen und die Teilnehmergruppen untersucht.

Bei der PUK Innsbruck zeigte sich eine Auffälligkeit der Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und Patienten mit Suchtproblematik in der *Skala 5 „Ernstnehmen und Information“*. Der hier eingesetzte Mann-Whitney Test brachte eine Signifikanz von $p = .01$ zutage (Levene Test der Varianzhomogenität zeigte eine Signifikanz von $p = .03$). Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der *Skala 5 „Ernstnehmen und Information“* (vgl. Tab. 34).

Tab. 34 Skala 5 „Ernstnehmen und Information“ und Diagnosen bei der PUK Innsbruck

	n	M [1;3]	Mittl. Rang	Rangsumme	p
Persönlichkeits- und Verhalt.störungen	10	1.83	15.95	159.50	.01
Suchtproblematik	41	2.42	28.45	1166.50	

Weiters zeigte sich bei der PUK Innsbruck eine Auffälligkeit der Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und Patienten mit organischen Störungen in der *Skala 6 „Rechte und Medikamente“* (vgl. Tab. 35). Da die Post-Hoc-Analyse (Scheffe) für die Skala 6 der PUK Innsbruck keine signifikanten Unterschiede ($p = .09$) zeigte, kann nur von einer Tendenz gesprochen werden: Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sind tendenziell kritischer ($M = 1.55$), Patienten mit organischen Störungen tendenziell zufriedener ($M = 2.48$). (Grund dafür könnte die kleine Gruppengröße sein.)

Bei der PUK Basel zeigte sich bezüglich Diagnose und den einzelnen Skalen des vorliegenden Fragebogens bei den Patienten mit affektiven Störungen und den Patienten mit Suchtproblematik eine Auffälligkeit in der *Skala 3 „Emotionale Zuwendung und Unterstützung“* (vgl. Tab. 35). Die Post-Hoc-Analyse (Scheffe) zeigte in dieser Skala, dass Patienten mit affektiven Störungen signifikant zufriedener sind als Patienten mit Suchtproblematik ($p = .04$).

Auffallend ist die gleiche Anzahl von süchtigen Patienten in beiden Universitätskliniken. Patienten mit Suchtproblematik sind dabei in der PUK Innsbruck zufriedener (Innsbruck: $M = 2.42$, Basel: $M = 2.25$). Die Teilnehmergruppe SHO zeigte bezüglich der Diagnosen in keiner der Skalen eine Signifikanz.

Tab. 35 Zufriedenheitsskalen und Diagnosen in den Teilnehmergruppen der PUKs

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
PUK Innsbruck:							
<i>Skala 6 „Rechte und Medikamente“</i>						2.41	.02
Persönlichkeits- und Verhalt.störungen	10	1.55	.59	1.00	3.00		
Organische Störungen	5	2.48	.70	1.67	3.00		
PUK Basel:							
<i>Skala 3 „Emotionale Zuwendung“</i>						2.56	.02
Affektive Störungen	38	2.53	.35	1.50	3.00		
Suchtproblematik	41	2.25	.42	1.26	3.00		

Gemäss verschiedener Studien (z.B. Greenwood, 1999) sind zwangseingewiesene Patienten unzufriedener (Zufriedenheitsskala: PZZ-Skala). Dies bestätigt sich in vorliegender Studie auch bei den Teilnehmergruppen PUK Innsbruck und SHO (vgl. Tab. 36). Beim Teilnehmer PUK Basel sind zwangseingewiesene Patienten jedoch *nicht auffällig* ($p = .29$). Auch die Zufriedenheitswerte der zwangseingewiesenen Patienten zu den freiwillig Eingetretenen der PUK Basel (Zwangseingewiesene: $M = 2.20$; Freiwillig Eingetretene: $M = 2.30$) differieren nicht so stark wie jene der anderen Teilnehmergruppen.

Auffallend ist hier eine hohe Differenz in den Zufriedenheitswerten der SHO-Patienten bezüglich Zwangseinweisung und freiwilliger Aufenthalt: Während zwangseingewiesene Patienten sehr unzufrieden sind ($M = 1.98$), verzeichnen die freiwillig eingewiesenen Patienten in der Teilnehmergruppe SHO einen sehr hohen Zufriedenheitsgrad ($M = 2.34$), der nur noch von der PUK Innsbruck übertroffen wird ($M = 2.39$).

Tab. 36 Zufriedenheit in Abhängigkeit der Einweisungsart und Teilnehmergruppe

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
PUK Innsbruck:							
Zwangseinweisung	16	2.04	.45	1.10	2.73	12.11	.00
Freiwilliger Aufenthalt	142	2.39	.37	1.27	3.00		
PUK Basel:							
Zwangseinweisung	20	2.20	.47	1.31	2.96	1.12	.29
Freiwilliger Aufenthalt	109	2.30	.36	1.32	2.98		
SHO:							
Zwangseinweisung	42	1.98	.35	1.36	2.83	33.13	.00
Freiwilliger Aufenthalt	162	2.34	.36	1.28	2.99		

Auch Patienten in der geschlossenen Abteilung sind in vielen Studien unzufriedener (z.B. Spiessl et al., 1996). Bei der Teilnehmergruppe der PUKs bestätigt sich dieses Resultat: Patienten, die sich in der PUK Innsbruck oder in der PUK Basel auf der geschlossenen Abteilung aufhielten, sind wesentlich unzufriedener (vgl. Tab. 37). Auffallend sind die hohen Zufriedenheitswerte in den nicht geschlossenen Abteilungen: In beiden PUKs liegt er bei $M = 2.43$. Auffallend ist, dass sich in der Teilnehmergruppe SHO dieser Unterschied nicht zeigt ($p = .30$).

Tab. 37 Zufriedenheit mit geschlossener Abteilung abhängig von der Teilnehmergruppe

	n	M [1;3]	SD	emp. Min.	emp. Max.	F	p
PUK Innsbruck:							
Geschlossene Abteilung	36	2.08	.39	1.10	2.74	23.21	.00
Keine geschlossene Abteilung	121	2.43	.36	1.27	3.00		
PUK Basel:							
Geschlossene Abteilung	57	2.13	.40	1.31	2.98	20.27	.00
Keine geschlossene Abteilung	62	2.43	.31	1.59	2.90		
SHO:							
Geschlossene Abteilung	111	2.23	.38	1.28	2.99	1.06	.30
Keine geschlossene Abteilung	88	2.29	.37	1.31	2.96		

Anmerkung: „Keine geschlossene Abteilung“ kann eine offene oder halboffene Abteilung sein.

ZUFRIEDENHEIT IN ZUSAMMENHANG MIT WIEDERKOMMEN UND WEITEREMPFEHLUNG

Je zufriedener die Probanden in allen drei Teilnehmergruppen sind, umso eher würden sie wieder in die Klinik kommen, wenn sie Hilfe brauchten. Je zufriedener sie sind, umso eher empfehlen sie auch die Klinik weiter. Dies bestätigen die Resultate bezüglich dem Wieder-

kommen (Innsbruck: $r = .74$, $p = .000$; Basel: $r = .78$, $p = .000$; SHO: $r = .75$, $p = .000$) und der Weiterempfehlung (Innsbruck: $r = .77$, $p = .000$; Basel: $r = .69$, $p = .000$; SHO: $r = .74$, $p = .000$). Am zufriedensten sind dabei die Patienten der PUK Innsbruck (beide $M = 2.36$), gefolgt von den Patienten der PUK Basel (beide $M = 2.29$) und den Patienten in den SHO (beide $M = 2.25$).

11.3 Zufriedenheit und Ausfülldauer, Länge und Validität des PZZ

In vielen Studien zur Zufriedenheitsmessung werden kurze Fragebögen für psychiatrisches Patientengut eingesetzt (z.B. Pratt & Kenneth, 1996; Barker & Orell, 1999). Als Gründe dafür werden vor allem die Symptomatik der Probanden genannt (z.B. Konzentrations-schwierigkeiten). *In vorliegender Studie beeinflusst weder die Länge des Fragebogens noch die Ausfülldauer die Zufriedenheit der Patienten* (Ausfüllzeit: $r = .05$, $p = .74$; Länge: $r = .01$, $p = .27$). Der Zufriedenheitsgrad bezüglich der Länge des Fragebogens liegt dabei bei einem sehr hohen Wert von $M = 2.73$ ($SD = .55$, emp. Min. = 1.00, emp. Max. = 3.00).

Bei 86.7 % der Befragten liegt die Dauer der Beantwortung unter 40 Minuten, 77.4 % der Befragten bewerten den Fragebogen als nicht zu lange. Damit stimmen die Ergebnisse mit den vereinzelt Studien überein, deren Fragebögen zwischen 60 und 82 Items beinhalten (Druss et al., 1999; Freudemann & Spitzer, 2001; Smedley & Nesbitt, 2000; Ruggeri, 1993). Für den vorliegenden 89 Items umfassenden Fragebogen liegt die durchschnittliche Ausfüllzeit bei 35 Minuten; für einen 82-Item-langen Fragebogen liegt die durchschnittliche Ausfüllzeit bei 45 Minuten (Ruggeri, 1993).

Die vorliegende Studie bestätigt zudem das Resultat von Dazord et al. (1998), dass schizophrene Patienten einen längeren Fragebogen (ab 36 Items) vollständig ausfüllen können. Von den Datensätzen, die aufgrund 30 % fehlender Angaben nicht in die Analysestichprobe aufgenommen wurden, stammen nur 4 % von schizophrenen Patienten. Weder die Dauer des Fragebogen-Ausfüllens (Item 87) noch die Länge des Fragebogens (Item 88) zeigten in vorliegender Studie einen Einfluss auf die Zufriedenheit der schizophrenen Patienten (*Item 87*: $M = 2.88$; $SD = .39$; $r = .16$; $p = .18$. *Item 88*: $n = 75$; $M = 2.70$; $SD = .39$; $r = .01$, $p = .92$.). Die Stichprobe in den Universitätskliniken, in der schizophrene Patienten untervertreten sind, zeigt dabei keine Auffälligkeiten ($r = .21$, $p = .06$).

Die Frage nach der *Güte des Fragebogens* (Item 89 „Wie gut finden Sie, dass dieser Fragebogen Ihre Erfahrungen zu Ihrem stationären psychiatrischen Aufenthalt abgedeckt hat?“) weist einen hochsignifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit auf ($r = .14$, $p = .000$). Das bedeutet: Je unzufriedener der Patient mit seinem stationären Aufenthalt ist, umso mehr bewertet er den Fragebogen als sehr schlecht bis schlecht. Obwohl der Mittelwert mit $M = 2.79$ ($SD = .46$) sehr hoch liegt und die Patienten den Fragebogen hinsichtlich seiner Abdeckung ihres Spitalaufenthalts sehr gut bewerteten, kann diese Frage aufgrund des obigen Ergebnisses *nicht als Validitätskriterium* genommen werden.

12 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der **Entwicklung des Psychiatriefragebogens zur Zufriedenheitsmessung PZZ** diskutiert und kritisch beleuchtet, v.a. auch im Hinblick auf den Forschungsstand. Verbesserungsmöglichkeiten sowie Vorschläge für zukünftige Forschung finden hier ebenfalls Ausdruck.

Das Kapitel ist analog der Entwicklung des PZZ gestaltet: Zunächst erfolgt die Diskussion der qualitativen Ergebnisse der Studie, gefolgt von einer Betrachtung der Methode und Stichprobe sowohl des qualitativen als auch des quantitativen Teiles. Der qualitative Teil der Studie setzt sich dabei aus Interviews, der Evaluation des Fragebogen-Entwurfes und den Testinterviews zusammen. Der quantitative Teil beinhaltet die Pilotstudie in den beiden teilnehmenden psychiatrischen Universitätskliniken Innsbruck und Basel (PUK Innsbruck, PUK Basel) sowie der Teilnehmergruppe der Selbsthilfeorganisationen (SHO).

Daran folgt das Kapitel über die Diskussion der Skalenbildung des PZZ und, in einem nächsten Punkt, die Diskussion der Ergebnisse mit bestehenden Studien. Abschliessend wird der Stellenwert des Instrumentes PZZ gesamthaft diskutiert.

12.1 Diskussion der qualitativen Ergebnisse

Ausgehend von der Hypothese, die verschiedenen Aspekte der Patientenzufriedenheit detailliert zu erfassen, wurde neben eingehender Literaturrecherche eine idiographische Vorgehensweise zur Informationsgewinnung eingesetzt. Als Verfahren wurde das problemzentrierte Interview gewählt, welches die unterschiedlichen Perspektiven der befragten Interviewpartner (Patienten, Personal, Psychiater, Psychologen) darlegte.

Der Stellenwert eines zunächst qualitativen Vorgehens, v.a. bei Patienten, wird durch verschiedene Autoren bestätigt. So plädieren die Autoren Crawford und Kessel (1999) in ihrem kritischen Artikel „Not listening to patients“ für den vermehrten Einbezug von qualitativen Daten in Studien zur Patientenzufriedenheit, um die Sichtweise des Patienten einzubringen: „If a genuine attempt to develop services in the light of criticisms of service users is to be made, it is clear that more qualitative data will be required“ (S. 4).

Auch Terporten, Berndt, Seiffarth, Wiese, Wüstenberg und Priebe (1995, S. 117) meinen, dass „nahezu alle Studien im Bereich Patientenzufriedenheit in Psychiatrien ein grundsätzliches Problem aufweisen: Sie sind von Forschern konzipiert worden, die entweder selbst therapeutisch tätig sind oder zumindest eine den Therapeuten vergleichbare akademische Ausbildung aufweisen, aber kaum über Erfahrung als psychiatrische Patienten verfügen. Die Denk- und Sprachkategorien der Untersuchungen entsprechen aber nicht den Sichtweisen der Patienten, die sie erfassen sollen“. Derselben Meinung sind Spiessl et al. (1999, S. 3).

In der qualitativen Auswertung haben sich mit Hilfe des Verfahrens „GABEK Ganzheitliche Bewältigung sprachlicher Komplexität“ elf verdichtete Gestalten (= Hypergestalten, HG) aus den zwei Gruppendiskussionen mit Patienten und den 12 eineinhalbstündigen Interviews mit Psychiatern, Psychologen und Personal ergeben.

Als interessantes Ergebnis der qualitativen Forschung ist dabei anzuführen, dass sich der Aspekt des Familieneinbezuges bzw. des Einbezuges des Beziehungsnetzes als nicht bedeutsam herauskristallisiert hat. Dies obwohl der Bereich „Angehörige“ in den Interviews von mir angesprochen wurde (siehe Interviewleitfäden im Anhang A 3). Das Ergebnis steht damit in direktem Widerspruch zu verschiedensten Studien zur Patientenzufriedenheitsmessung, die dem Aspekt der Familie eine sehr grosse Rolle beimessen (z.B. Cleary et al., 1992; Lelliott et al., 2001; Ruggeri et al., 1993). Aufgrund des Forschungsstandes wurden dennoch Items zum Familieneinbezug in den Fragebogen aufgenommen, wie beispielsweise „Ist Ihr Beziehungsumfeld in genügendem Ausmass in die Therapie mit einbezogen worden?“ oder „Wie wurden Ihre Angehörigen (Eltern, FreundIn, nahe Bekannte) in die Behandlung einbezogen?“. Die Items wurden weder in der Evaluation oder noch in der statistischen Auswertung bestätigt.

Es macht den Anschein, dass psychiatrische Patienten in vorliegender Untersuchung einen geringen Einbezug der Familie in ihre Behandlung wünschen, was in Diskrepanz zur gängigen Meinung steht. Zu diesem Wunsch eines Nicht-Einbezuges der Familie können verschiedene Gründe der Patienten beitragen: die Sorge um die Belastung der Familie, das Bedürfnis nach Abgrenzung zur Familie, der Wunsch, allein sein zu wollen oder auch die Angst vor einer Auseinandersetzung mit der Familie. Es bedarf vermehrter Forschung in diesem Bereich, um abzuklären, was genau die Ursachen dafür sein können, vor allem deswegen, weil die Familie oftmals gerade bei Langzeitpatienten eine Alternative zur psychiatrischen Institution geworden ist (vgl. Solomon, 1994).

Ebenso scheint der Aspekt des Mitpatienten in vorliegender Studie keine Relevanz gehabt zu haben. Das entsprechende Item „Gab es mit Mitpatienten Konfliktsituationen, die Sie belasteten?“ wurde aufgrund seiner Evaluationswerte ausgeschlossen. Auch in der qualitativen Phase ergab sich keine Bedeutung des Bereiches „Mitpatient“, obwohl dieses Thema im Interview angesprochen wurde. In der Forschungsliteratur zeigt sich der Mitpatient einerseits als empathischer Mitleidensgenosse und Stütze für den Patienten (vgl. Holmes et al., 1998), andererseits als belastender, da ebenfalls kranker, Mitbewohner in psychiatrischen Einrichtungen (Gromann, 1996). Erklärung für mein Ergebnis könnte die Studie von Berghofer et al. (2001) sein, in der psychiatrische Langzeitpatienten (länger als drei Monate in Behandlung) ihre Mitpatienten signifikant positiver wahrnehmen als ambulante und kurzfristig stationäre Patienten: Die interviewten Patienten und Evaluationsteilnehmer in meiner Studie waren überwiegend Kurzzeitpatienten. Sie könnten ihre Mitpatienten in ihrem relativ kurzen Aufenthalt zwar schon beachtet haben (die Mehrzahl der Teilnehmer hatte Kontakt mit Mitpatienten über den ganzen Tag hinweg), ihnen jedoch keinen Stellenwert eingeräumt haben. Der Faktor Mitpatient würde so erst bei Langzeitbehandlungen an Bedeutung gewinnen.

Was sich in der Evaluation ebenso nicht bestätigt hat, ist der Bereich „Selbstständigkeit des Patienten und Kontrolle Medikamenteneinnahme“ (HG 9). Items wie z.B. „Wieviel ist Ihnen an Selbstständigkeit in Ihrem Aufenthaltsalltag auf der Psychiatrie überlassen worden?“ oder „Wurde Ihnen genügend Selbstständigkeit beim Einnehmen Ihrer Medikamente gegeben, z.B. indem Sie die Medikamente selber holen konnten oder keine Überprüfung der tatsächlichen Einnahme erfolgte?“ hielten der Evaluation nicht stand und wurden bereits in dieser Phase ausgeschieden. Ein Grund könnte in der allgemein gehaltenen Formulierung der „Selbstständigkeit“ liegen: Der Aspekt der Selbstständigkeit kann sich in verschiedenen Items zeigen (z.B. „Wie gut wurden Sie bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen?“) bzw. redundant zu diesen sein.

Interessant ist, dass die Interviewpartner bei einer Zufriedenheitsmessung eine poststationäre Befragung für wichtig erachten (HG 1). Dies steht im Gegensatz zu den meisten Forschungsstudien, die meist aus Gründen der Einfachheit und/oder des höheren Rücklaufes eine Befragung entweder während oder bei Abschluss des Aufenthaltes durchführen, ungeachtet einer möglichen Verzerrung wie beispielsweise durch die soziale Erwünschtheit (z.B. Ruggeri et al., 1996). Dieses Ergebnis (der HG 1) bestätigt zudem die bereits in meinem Konzept vorgesehene Methodik der *poststationären* Befragung der Patienten.

Das qualitative Ergebnis „Hausordnung und Rauchverbot“ (HG 2) hat sich nur teilweise in der Evaluationsphase bestätigen lassen: Das Item „Konnten Sie die Regeln der Hausordnung ohne Probleme befolgen?“ wurde bereits in der Evaluationsphase herausgestrichen und bestätigt das seltene Aufscheinen in Patientenstudien (Ausnahme: Borst, o.A.; Semmler, 1998).

Wahrscheinlich spielt die Akzeptanz der Hausordnung keine bedeutsame Rolle für die Patienten, da sie meist in der Vorbesprechung zu ihrem Aufenthalt oder in der Aufnahmesituation über die Hausordnung aufgeklärt werden und deren Einhaltung oftmals schriftlich bestätigen müssen. Somit akzeptieren die Patienten die Hausordnung und achten auf deren Einhaltung. Zudem kann eine Hausordnung von vielen Patienten für das Zusammenleben auf der Station als sinnvoll erachtet und nicht hinterfragt werden.

Das Rauchen bzw. das Rauchverbot scheint für die Patienten sehr wichtig zu sein: Es bildete sich, neben dem qualitativen Resultat, in der statistischen Auswertung eine Skala und ein Faktor für die Bedeutung der Raucherecken heraus. Warum für viele psychiatrische Patienten das Rauchen wichtig ist, könnte folgende Gründe haben: Einerseits können sich bestimmte Suchtproblematiken, die in einem Entzug und/oder einer Rehabilitation bekämpft werden, auf einen vermehrten Nikotinkonsum verlagern; andererseits bewirken bestimmte Psychopharmaka eine Gewichtszunahme bzw. eine Verlagerung auf die orale Komponente wie dies beispielsweise durch das Rauchen der Fall ist. Zudem wirkt Rauchen beruhigend und dient als Zeitvertreiber.

Der Stellenwert des Rauchens für die Patienten wurde durch einen Interviewpartner auch folgendermassen umschrieben: „Man kann ihnen [den Patienten] ja nicht alles nehmen, zuerst die Drogen, dann das Rauchen!“ (Karteikarte Lm). Das Rauchen bzw. die Rauchercken als Hotellerieaspekt für psychiatrische Patienten wurde bislang in keiner Studie explizit

untersucht. Es findet sich ein Item im Münsterlinger Fragebogen („Das Zusammenleben der Raucher und Nichtraucher war gut gelöst.“); in amerikanischen Studien fehlt dieser Aspekt gänzlich, wahrscheinlich aufgrund der rigiden Antiraucherpolitik in den USA.

Problematisch und in wirtschaftlicher Hinsicht schwierig mit der Realität zu vereinbaren ist der Wunsch nach Einbettzimmer und sehr guter Ausstattung, zu dem sich ein widersprüchliches Ergebnis in meiner Studie zeigte. Obwohl sich beispielsweise nur die Frage nach den Rückzugsmöglichkeiten in der Evaluationsphase bewährte – nicht aber Fragen nach detaillierter Auflistung des Unterhaltungsangebotes (TV/Radio) oder Angebot an FC/Fax/Internet –, kam der Wunsch in der Hypergestalt 3 („Rückzugsmöglichkeit, Einbettzimmer und Fernseher“), nämlich der Wunsch nach einem Einbettzimmer, auch in der offenen Kommentarliste des Items 78 zum Vorschein. Diesem Ergebnis widersprechen die hohen Zufriedenheitswerte der Frage „Hat Ihr Zimmer Ihren Ansprüchen genügt?“, der Frage nach den Rückzugsmöglichkeit und der Frage nach der Privatsphäre im Zimmer.

Eine möglich Erklärung für diesen Widerspruch könnte sein, dass genau diejenigen Patienten, die mit ihrem Zimmer unzufrieden waren, die entsprechenden Items des Fragebogens negativ beurteilten und zusätzlich ihren Wunsch nach Einbettzimmer in der Kommentarmöglichkeit des Items 78 eingetragen haben. Dafür spricht eine kurze, stichprobenmässige Überprüfung der negativen Zimmerbeurteilung und Wunsch nach Einbettzimmer in der Kommentarmöglichkeit des Items 78.

Eine der wichtigen Hypergestalten bildet die fünfte Hypergestalt „Wichtig für Patienten“ (HG 5): Hier lässt sich sehr gut erkennen, was den Patienten in ihrem Aufenthalt wichtig erscheint. Diese Hypergestalt findet dementsprechend auch in den Skalen des PZZ „Koordination der Betreuung“ (Skala 2), „Emotionale Zuwendung und Unterstützung“ (Skala 3) sowie „Wertschätzung und Respektierung der individuellen Bedürfnisse“ (Skala 4) Ausdruck. Es geht den Patienten um die Wertschätzung ihrer Person, um Unterstützung, Eingehen auf ihre Bedürfnisse, Ruhe und eine Kontinuität des Personals.

Vor allem letzteres scheint in vielen Patientenzufriedenheitsstudien bislang ausser Betrachtung gelassen worden zu sein. Eine Kontinuität in der Betreuung ist jedoch für die Patienten von Bedeutung, wobei hier vor allem eine hohe Unzufriedenheit bezüglich der Zuständigkeit eines bestimmten Arztes geäussert wird. Betrachtet man sich die Praxis, erscheint dies durch die hohe Fluktuation vor allem im Bereich der Assistenzärzte erklärbar.

Ebenso kritisieren die Patienten fehlende Bezugspersonen bei Reklamationen⁵² und die mangelhafte Information in der Eintrittssituation, wobei man hier auch erwähnen sollte, dass jede neue Situation, und insbesondere die Eintrittssituation in ein Spital, stressauslösend sein kann. Eine vorbeugende Massnahme ist sicherlich die in der Schweiz oftmals praktizierte Idee des „Tages der offenen Tür“, einer Informationsveranstaltung in der Klinik, in der sowohl Betroffene als auch Selbstbetroffene sich unverbindlich über die Klinik informieren können.

In Bezug auf die vierte Skala „Respektierung der individuellen Bedürfnisse“ sei explizit auf ein Item hingewiesen, welches sich in der Gestalt G 54 zeigte, jedoch aufgrund der grossen Ablehnung in der Evaluationsphase zwar nicht bestätigt hatte. Aus wissenschaftlicher Neugierde wurde es dennoch belassen: der Frage nach dem Ausleben der psychischen Störung. Dieses bestätigte sich in der statistischen Überprüfung und zeichnet sich durch eine hohe Unzufriedenheit aus. Ich möchte nicht näher auf eine mögliche Interpretation eingehen, sondern die Frage einfach im Raum stehen lassen: Warum dürfen/können/sollen Patienten ihre psychische Störung während ihres Aufenthaltes nicht ausleben?

Der Bereich Information an sich stellte sich ebenfalls in der achten Hypergestalt als bedeutsam heraus und fand in der Skala „Information und Ernstnehmen“ seinen Ausdruck. Neben dem Wunsch nach verständlicher Informationsgabe spielt auch das Ernstnehmen der Patienten eine grosse Rolle. Diese spiegelt sich beispielsweise in einer Nachbesprechung von Zwangsmassnahmen oder in einer für die Patienten optimalen Einbezug in die Bestimmung der Behandlungsziele wider. Diese Punkte sind allesamt Bereiche, die in der vorliegenden Studie auffallend geringe Zufriedenheitswerte aufweisen, vor allem im Bereich Zwangseinweisung und Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung. Auf diese beiden Bereiche wird ebenso wie auf den Bereich Information in der Diskussion der quantitativen Ergebnisse näher eingegangen.

Der Aspekt der Medikamente, welcher sich in der achten und elften Hypergestalt finden lässt, ist eng mit dem Aspekt der Rechte verbunden und bildete die inhaltliche Skala „Rechte und Medikamente“. Auffallend dabei ist die hohe Unzufriedenheit der Patienten, weshalb sich dieser Bereich wahrscheinlich auch zweimal in einer Hypergestalt gezeigt hat. Für weitere Diskussion sei ebenfalls auf die Diskussion der quantitativen Ergebnisse verwiesen, hier speziell auf den Punkt „Therapien“.

⁵² Die Wichtigkeit von Bezugspersonen bei Reklamationen zeigte sich in der siebten Hypergestalt.

Ein sehr auffallender Widerspruch ergibt sich in der zehnten Hypergestalt. Die Meinung ist, dass sich die Psychiatrie in einigen Belangen von der Somatik unterscheidet, z.B. im höheren Kritikanteil der psychiatrischen Patienten in Patientenbefragungen. Genau das Gegenteil ist nun aber der Fall: In fast allen Studien, die vorliegende Studie eingeschlossen, wird über sehr hohe Zufriedenheitswerte von psychiatrischen Patienten berichtet. Ein möglicher Grund für diese Annahme könnte eine Überbewertung des Stellenwertes von zwangseingewiesenen Patienten und Patienten auf der geschlossenen Abteilung sein, die kritischer sind. Auf das Ergebnis wird in der Diskussion der Zusammenhänge und in der gesamthaften Diskussion näher eingegangen.

Generell betrachtet, sind die Interviews für mich eine Bestätigung der Studie von Baer et al. (2003): Die Autoren geben als Hauptresultate ihrer insgesamt 81 Interviews mit psychiatrischen Patienten und deren Angehörigen an, dass *psychisch Kranke gültige und differenzierte Selbstberichte* angeben können.

12.2 Diskussion der Methodik

QUALITATIVER TEIL

Die interviewten Personen im qualitativen Teil stammen sowohl von Patienten- als auch von Personal- und ärztlicher Seite. Auch eine Person im Management wurde befragt. Aus diesem Grund sind unterschiedliche Perspektiven dargelegt und ein vielseitiger Zugang zur Thematik gewährleistet.

Obwohl hier unterschiedliche Ansichten mit einbezogen wurden, wurde doch eine Berufsgruppe ausser Acht gelassen, die von den Patienten in der quantitativen Phase als hilfreich bewertet wurde: die Therapeuten der paramedizinischen Dienste. Sie sind zwar im Fragebogen vertreten (durch eine Bewertung der einzelnen Therapieformen wie z.B. Ergo- und Gestaltungstherapie), es wurden jedoch in der qualitativen Phase diese Berufsgruppe nicht interviewt. Einzig eine bei einem Gruppeninterview zufällig anwesende Ergotherapeutin sah sich den Test-Fragebogen durch und empfand ihn als „gut“. Bei zukünftiger Forschung muss darauf geachtet werden, dass *alle* Beteiligten des Settings in eine Befragung eingeschlossen werden, sollte ein ganzheitliches Bild über den Problembereich gegeben werden.

In den zwei Gruppeninterviews mit Patienten der beiden psychiatrischen Universitätskliniken waren hauptsächlich Suchterkrankte (Basel) und Patienten mit affektiven Störungen (Innsbruck) vertreten. Der Grund hierfür liegt in der praktischen Umsetzung der Interviewsituation in den Spitälern. Hier konnte ich meine Idealkriterien für die Interviews (d.s. alle Diagnosen vertreten) nicht erfüllen, da man die Gruppeninterviews der Einfachheit halber mit Patienten

einer Station, auf welcher sich vorwiegend Patienten einer Diagnosegruppe aufhielten, durchführte. Diese Verzerrung schwächte sich dann zwar in den Testinterviews und in der quantitativen Studie, in der alle Diagnosearten vertreten waren, ab, dennoch sollte man bei zukünftigen Studien darauf achten, dass Patienten *aller* Diagnosegruppen interviewt werden. Erreichbarkeit könnte z.B. erzielt werden mit einem Einladungsschreiben zum Gruppeninterview mit bereits fixierter Termin- und Ortsangabe (und eventuell kleinem Entgelt) an einem schwarzen Brett im Eingangsbereich oder den Informationstafeln auf allen Stationen.

Die Kontaktaufnahme in der Evaluationsphase, in welcher der Fragebogen-Entwurf von 19 Teilnehmern beurteilt wurde, gestaltete sich recht umfangreich. Jeder Evaluationspartner musste angeschrieben und teilweise öfters an die Rücksendung der Evaluationsliste erinnert werden. Eine Verbesserung der Evaluationsliste, in der die Teilnehmer die Items nach Wichtigkeit, Verständlichkeit, Praxisrelevanz und Anwendbarkeit stationär/ambulant beurteilen konnten, beinhaltet, nicht nur die Itemnummern in der Evaluationsliste aufzulisten, sondern auch noch eine stichwortartig kurze Beschreibung der Items anzuführen. Somit hätten die Teilnehmer nicht immer wieder die Fragen im ebenfalls mitgelieferten Fragebogen nachschauen müssen. Dies hätte die Handhabung bezüglich der Evaluationsliste um einiges erleichtert und eventuell die Rücksendung der Unterlagen beschleunigt.

Wichtigste Erkenntnis der Evaluation war sicherlich die Redundanz einiger Items. Mit Hilfe der Evaluation konnten diese redundanten Items aus dem Fragebogen ausgeschlossen werden.

In der Testung des Fragebogens bei stationären Patienten habe ich die Erfahrung gemacht, dass sich ein kleines Entgelt sehr motivierend auf die Teilnahmebereitschaft auswirkt. Jeder Proband erhielt von mir nach Ausfüllen des Fragebogens ein Entgelt von zehn Euro (Gegenwert von ca. CHF 15.--). Der Betrag stellte sich zwar als Stundenlohn als zu hoch heraus, da die Testpatienten den Fragebogen in der Hälfte der von mir angenommenen Zeit ausgefüllt hatten (ca. 35 Minuten). Ich konnte jedoch auf diese Weise 23 Patienten für das Testinterview gewinnen. Im Vergleich: Für die – unentgeltlichen – Gruppeninterviews stellten sich in Innsbruck fünf und in Basel sechs Patienten zur Verfügung.

Aufschlussreichstes Ergebnis der Testinterviewphase war das Ergebnis über die Länge des Fragebogens. Hier zeigte sich bereits, dass weder die Anzahl der Items im PZZ mit 89 Items (Version PUK) bzw. 91 Items (Version SHO) noch die Ausfülldauer (zwischen 30 und 40 Minuten) ein Problem für die Probanden darstellte. Dies war auch in der Pilotstudie der Fall und spricht für eine höhere Anzahl an Items in Fragebögen für psychiatrische Patienten.

Bestätigt wird mein Ergebnis zudem von Gjerden (1997), dessen Fragebogen mit einer Anzahl von 41 Items von den psychiatrischen Patienten adäquat beurteilt wurde.

In der Studie von Freudenmann und Spitzer (2001) gaben psychiatrische Patienten *60 Items* eines elektronischen Fragebogens mittels Touchscreen in durchschnittlich rund *sieben Minuten* ein. Durch tägliche Anwendung konnte diese Ausfüllzeit sogar auf fünf Minuten reduziert werden. Die Autoren kommt zum Schluss, dass „with regard to the questionnaire, a majority of 71.1 % considered the number of questions adequate“ (S. 241).

Somit stimmen meine Ergebnisse *nicht* mit Pratt und Kenneth (1996) überein, die Dworkin (1992) und Holloway (1988) zitierten. Die Nützlichkeit von längeren Fragebögen wurden von Dworkin dabei wegen inkonsistenten Resultaten von Personen mit Konzentrationsschwierigkeiten und von Holloway wegen „the related introduction of a sampling bias“ (S. 30) in Frage gestellt. Nach Holloway beenden Patienten mit hoher Symptomatik längere Fragebögen nicht und verweigern in einigen Fällen auch die Teilnahme. Auch Black und Church (1998, S. 474) geben in ihrer Studie bezüglich der Entwicklung eines Instrumentes zur Beurteilung der Studentenbetreuung durch psychiatrischen Patienten den Rat, dass der Fragebogen selber kurz sein und höchstens zehn bis zwölf Items beinhalten sollte.

Bezüglich der Art des Interviews (problemzentriertes Interview) ist zu vermerken, dass durch eine offene Fragestellung auch Bereiche angesprochen bzw. von den Interviewpartnern erwähnt wurden, die mit dem gegenständlichen Bereich eher im weiteren Sinn etwas zu tun hatten. Der eingesetzte Interviewleitfaden half mir dabei, beim Thema zu bleiben. Dennoch vorkommende Abschweifungen der Interviewpartner sind in vorliegender Untersuchung in Gestalten ersichtlich wie beispielsweise in der Gestalt G 53, in der beschrieben wird, welche Massnahmen Psychiatrien bei fremd- und selbstgefährdeten Patienten ergreifen. Solche Gestalten haben eher informativen Charakter.

Bei der Tonbandaufnahme der Interviews habe ich die Erfahrung gemacht, dass besonders darauf zu achten ist, ein Aufzeichnungsgerät für Distanzen von mindestens einem Meter zu verwenden. Das in der Untersuchung verwendete Diktier- und Wiedergabegerät Uher M190E zeigte bei einer Distanz von über einem Meter zum Interviewpartner qualitative Einbussen. Dies war vor allem bei Gruppendiskussionen der Fall, obwohl zum Aufnahmegerät ein zusätzliches Tischmikrofon verwendet wurde. Die Aufnahmen waren dennoch ausreichend gut transkribierbar.

Die Interviews wurden unter Verwendung des qualitativen Programmes GABEK WinRelan ausgewertet. Die Sätze werden dabei in Sinneinheiten eingeteilt, diese wiederum durch so genannte Schlüsselbegriffe repräsentiert. Der Vorgang wird als Kodierung bezeichnet. Diese Kodierung der Schlüsselbegriffe zeigte sich zeitweise etwas problematisch: Da die Ausdrucksweise der Interviewpartner unterschiedlich sein konnte (z.B. Experte vs. Patient), habe ich beispielsweise Fremdwörter nicht in ihrem Originalausdruck der Interviewpartner belassen, sondern vereinfacht übersetzt kodiert. Das war hauptsächlich bei den Experteninterviews der Fall. Diese Interviews bearbeitete ich als letzte Interviews, um in der Kodierliste nach analogen, vereinfachten Ausdrücken zu suchen.

QUANTITATIVER TEIL

Um Verfälschungstendenzen wie sozial erwünschten Antworttendenzen entgegenzuwirken, habe ich mich für eine poststationäre Befragung in den Kliniken entschieden. Diese Versandart gestaltete sich in beiden Kliniken sehr aufwändig. Einerseits musste aus Datenschutzgründen der Versand durch die Kliniken selbst erfolgen, andererseits wurden die ausgefüllten Fragebögen wegen der möglichen Verfälschungstendenzen an mich retourniert. Dies hatte zur Folge, dass Versandsets gebildet werden mussten, bestehend aus einem Begleitschreiben der Klinik, meinem Fragebogen und einem bereits an mich adressierten und frankierten Rückantwortkuvert.

Neben dem finanziellen Aufwand für den Druck dieser Versandsets kamen Kosten wie beispielsweise Rückantwortporti, Einrichtung von Postfächern sowie Aufwände für die Zusammenstellung dieser Sets auf mich zu. Die jeweilige Menge an Briefpapier und Spitalkuverts (wichtig: Verwendung von selbstklebenden Kuverts!) wurden von den Kliniken zur Verfügung gestellt. Insgesamt habe ich ca. 2 000 Versandsets manuell zusammengestellt, die ich den Kliniken zum Versand zur Verfügung stellte.

Eine poststationäre Befragung ist für eine Klinik sicherlich aufwändiger als eine stationäre Befragung. Einsatz erfordert beides. Es bleibt der Klinik überlassen, bei einer freiwilligen (Österreich) oder gesetzlichen (Schweiz) Patientenbefragung die Vor- und Nachteile der Befragungstypen (z.B. Kosten vs. Verfälschungstendenzen) abzuwägen oder gegebenenfalls ein auf Patientenbefragung spezialisiertes, aber auch kostenspielerisches Marktforschungsinstitut einzuschalten.

Was sich als wertvolle Information herausstellte, waren die Datenlieferungen der Kliniken. Diese beinhalteten die anonymisierten Daten der ausgetretenen und angeschriebenen Patienten. Einerseits habe ich auf diesem Weg „harte“ Daten für die Auswertung gewonnen

(z.B. Information über die Diagnosen), andererseits konnte ich Datenbanken erstellen, um den Rücklauf der Fragebögen an mich zu vermerken. Dadurch hatte ich die Information, um drei Wochen nach dem Erstaussand eine Liste derjenigen Patienten an die PUKs zu schicken, die bis anhin noch nicht geantwortet hatten. Der Versand erfolgte wiederum über die Klinik. Auch lieferten die Datenbanken Informationen für Zusatzanalysen wie beispielsweise für die Erstellung eines Vergleichs von Respondents zu Non-Respondents.

Während die Datenlieferung in der PUK Innsbruck reibungslos verlief, ergab sich eine Verzögerung in der PUK Basel bezüglich der Datenqualität und der Verknüpfung der Patientendaten mit der Diagnose. Letzteres ist in der Schweiz aus Datenschutzgründen eher unüblich. Obwohl beide Spitäler das Klassifikationssystem ICD-10 verwenden, werden die Diagnosen in den PUKs in unterschiedlichen Abstufungen des ICD-10 eingetragen. Dies hatte zur Folge, dass ich die Diagnosen der beiden PUKs zunächst auf einen „Nenner“ bringen musste, was wiederum für zukünftige Forschung ein wertvoller Hinweis sein kann: Wenn möglich, sollten die unterschiedlichen Datenquellen, *vollständig identisch* sein.

In zukünftigen Studien könnten die Übermittlung von administrativen Daten der Spitäler auch *umfangreicher* sein und gezielt auf Hypothesen mit der Patientenzufriedenheit verbunden werden: In der Studie von Druss et al. (1999) wurden Patientenzufriedenheit und administrative Daten als Qualitätsindikatoren miteinander verglichen. Die Autoren konnten auffällige Beziehungen bezüglich dieser beiden Datenquellen feststellen. So gingen beispielsweise hohe Zufriedenheitswerte mit einem Rückgang an der Wiederaufnahmerate einher, die Zufriedenheit mit dem Personal korrelierte signifikant mit einer höheren Patientenbereitschaft zu notwendigen Nachuntersuchungen. Die Autoren befürworten dementsprechend: „Consumer satisfaction and administrative measures of quality go hand in hand and support the notion that the two are measuring related underlying constructs“ (S. 1058). Dasselbe Resultat belegen auch Holcomb et al. (1998).

Die klinischen Daten sollten jedoch nicht vom Patienten selber stammen: Salzer (1998) kritisiert, eine Auskunft über den klinischen Status vom Patienten selbst einzuholen, damit, dass die Korrelation zwischen Zufriedenheit und klinischem Status dabei eher die Stimmung oder Dankbarkeit des Antwortenden als eine wirkliche Korrelation zwischen diesen Konstrukten widerspiegelt. In vorliegender Studie verglich ich exemplarisch die Diagnosen, welche von Patientenseite angegeben wurden, mit den Diagnosen des Spitals. Dabei fiel auf, dass die Patienten oftmals keine Angabe machen, währenddessen das Spital die festgestellte Diagnose zu diesem Patienten eingetragen hat.

Erklärungen dazu könnten sein, dass entweder die Patienten ihre Diagnose nicht gewusst haben, sie nicht preisgeben wollten (dagegen spricht, dass die übrigen soziodemographischen Daten ausgefüllt wurden) oder die Diagnosebegriffe nicht verstanden haben. Für letztere Erklärung spräche der geringe Zufriedenheitswert der Patienten in der Frage nach einer *verständlichen* Information und Aufklärung über ihre Krankheit und deren Auswirkungen. Auf jeden Fall scheint es bezüglich der Diagnose auf Seiten des Patienten Aufklärungsbedarf zu geben.

Die durchschnittliche Rücklaufquote von 25 % lag etwas unterhalb der in wissenschaftlichen Studien generell üblichen Rücklaufquote von 30 % bis 40 % (Ruggeri, 1994, S. 219) zu sein. Ein Rücklauf von 50 % und höher ist wahrscheinlich dadurch bedingt, dass der Patient den Fragebogen *direkt* in der Klinik ausfüllt und abgibt (Hansson & Hoeglund, 1995; Ruggeri, 1994). Zwei Gründe könnten meinen Rücklauf beeinflusst haben: Einerseits wurden, um die Patientenmenge von 600 Ausgetretenen pro Klinik zu erreichen, Patientenaustritte rückreichend bis zu einem halben Jahr eingeschlossen; andererseits wurden Mehrfachhospitalisierte je nach Anzahl der stationären Aufenthalte in diesem Zeitraum mehrfach angeschrieben. Obwohl dies nicht oft vorkam, so konnte es doch sein, dass ein- und derselbe Patient zwei- bis drei Fragebögen und – sollte er nach drei Wochen noch nicht geantwortet haben – auch das Erinnerungsschreiben erhielt. Mehrfachhospitalisierte sollten aus diesem Grund in zukünftigen Studien nur *einmal* angeschrieben werden. Als relevanter Aufenthalt kann der letzte stationäre Aufenthalt des Patienten hergezogen werden.

Im Vergleich der Respondents vs. Non-Respondents in den Spitälern stellte sich heraus, dass Frauen, Halbprivat/Privatversicherte, freiwillig Eingetretene und depressive Patienten signifikant häufiger antworten. Weder die Hypothese von Nguyen et al. (1983; zit. nach Barker et al., 1996), Lebow (1982), die besagt, dass zufriedene Patienten eher den Fragebogen retournieren als unzufriedene, noch die Gegenhypothese von Ware et al. (1983; zit. nach Barker et al., 1996), gemäss der zufriedene Patienten den Fragebogen eher *nicht* retournieren, kann in meiner Studie bestätigt werden: Kein Patientenmerkmal in der Gruppe der Respondents war bezüglich der Zufriedenheit auffällig. So haben besser versicherte Personen zwar einen hohen Zufriedenheitsgrad, sind aber nicht signifikant zufriedener. Dasselbe gilt für Frauen, die nicht zufriedener als Männer sind, als auch für die Diagnosegruppen. Einzige Ausnahme bildet die Einweisungsart (und unterstützt damit die Hypothese von Nguyen): *Zwangseingewiesene Patienten sind unzufriedener und antworten seltener.*

Das bedeutet für die zukünftige Forschung, dass zwangseingewiesene Patienten stärker zur Teilnahme motiviert werden sollen. Zudem ist für Spitäler bei Verbesserungsmaßnahmen empfehlenswert, wenn sie besonderes Augenmerk auf Patienten mit Zwangseinweisung lenken.

Dass sich psychiatrische Patienten von „normalen“ Personen bezüglich der Teilnahme an meiner wissenschaftlichen Studie unterscheiden, wie dies Druss et al. (1999) behaupten, bestätigte sich nicht. Ein Interviewpartner schlug vor: „Hingegen wenn man den Fragebogen nach der Hospitalisation dem Patienten zuschickt, dann würde ich jedem den Bonus geben, dass er diesen Fragebogen nach bestem Gewissen und Wissen ausfüllt und zurückschickt“ (Karteikarte Om). Dieser Bonus scheint sich in vorliegender Studie bewahrheitet zu haben.

ANTWORTFORMATE

Im PZZ wurden die beiden Skalen zur Zufriedenheitsmessung, der ZUF-8 und der ZFB, zur Validitätsprüfung eingebaut. Während die beiden Skalen ein vierstufiges Antwortformat aufweisen, wurde im PZZ ein dreistufiges Antwortformat verwendet. Letzteres aus dem Grund, dass bei umfangreichen Fragebögen eine ökonomische Antwortform vorgezogen werden sollte (Mummendey, 1995). Bei einem Umfang von fast 90 Items wurde im PZZ, auch in Anbetracht des Risikos einer Verfälschungstendenz (Tendenz zur Mitte), ein dreistufiges Format verwendet.

Bei der statistischen Auswertung erwiesen sich diese unterschiedlichen Antwortformate als kompliziert. Die Formates spielten zwar bei der Reliabilitätsanalyse und bei der Faktorenanalyse keine Rolle, da in diesen Berechnungen Z-Transformationen vorgenommen wurden. Vergleiche von Mittelwerten sind jedoch bei unterschiedlichen Antwortformaten (unterschiedliche Minima und Maxima) nur erschwert möglich. Aus diesem Grund wurden die unterschiedlichen Antwortformate in ein einheitliches, dreistufiges Antwortformat überführt. Dies konnte entweder inhaltlich erfolgen, indem beispielsweise die jeweils positivste Antwortmöglichkeit mit der höchsten Ausprägung (3), die jeweils niedrigste Antwortmöglichkeit mit der geringsten Ausprägung (1) und die beiden mittleren Antwortmöglichkeiten mit der mittleren Ausprägung (2) umkodiert werden. Aus Gründen der exakteren Umformung wurde jedoch eine mathematische Transformation mittels linearer Regressionsgleichung vorgenommen.

Diese Erfahrung fließt in den Fragebogen ein: Im PZZ wird zukünftig durchgängig ein *einheitliches Antwortformat* (dreistufig) verwendet.

12.3 Diskussion der Skalenbildung

Wie im Pkt. 3.3 Studien zur Patientenzufriedenheitsmessung bereits ausgeführt, existieren in diesem Bereich eine Vielzahl von Studien, welche als Grundlage selbst konstruierte und nicht hinreichend teststatistisch überprüfte Instrumente beinhalten. In demgegenüber gefundenen wissenschaftlich fundierten Studien ist das am häufigsten angewandte Verfahren in der Analyse von Faktoren die Hauptkomponentenanalyse, meistens mit Varimax-Rotation.

Bei dieser Analyse wird als erster Faktor derjenige extrahiert, der den grössten Teil der Streuung aller Variablen statistisch erklärt (dieser Faktor wird „Hauptkomponente“ genannt), als zweiter wird der ausgewählt, der den zweithöchsten Streuungsanteil erklärt usw. Der in der vorliegenden Studie berechnete Hauptkomponentenfaktor umfasst dementsprechend einen Grossteil der Items und kann über 30 % der Gesamtvarianz aufklären. Gefolgt wird er von den Faktoren im Bereich Hotellerie und Infrastruktur, Medikamente und Rechte usw.

Wenn man diese in der Hauptkomponentenanalyse extrahierten Faktoren der vorliegenden Studie betrachtet, fällt auf, dass einige dieser Faktoren die Bereichseinteilung des Fragebogens widerspiegeln: So findet sich beispielsweise im Fragebogen eine Unterteilung in die Bereiche „Zwangseinweisung“ und „Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung“, währenddessen sich in der Faktorenanalyse diese Bereiche als Faktor „Zwangseinweisung /geschlossene Abteilung“ zeigen. Dasselbe gilt für die Berufsgruppenunterteilung in „Pflegepersonal“ und „Therapeuten und Therapeutinnen“ im Fragebogen, welche sich ebenfalls in den Faktoren „Personal“ und „Therapeut“ finden lässt. Auch die Hotellerie- und Infrastrukturbereiche im Fragebogen finden sich als Faktoren wider.

Eine Erklärung dafür könnte sein, dass der bereichs- und berufsgruppenspezifische Aufbau des Fragebogens das Antwortverhalten der Probanden beeinflusst hat. Dagegen sprechen würde einige Studien zur Patientenzufriedenheit, wie beispielsweise bei Kolb et al. (2000) oder Dufrene (2000), in denen ohne Unterteilung des Fragebogens berufsgruppenspezifische Faktoren gefunden wurden.

Das Prinzip der inhaltlichen Skalenbildung muss einer Faktorenanalyse wie in vorliegendem Fall nicht widersprechen, sondern beide Verfahren können sich ergänzen. Die inhaltliche Skalenbildung findet sich auch bei einigen Intelligenztests, bei denen aufgrund der Theorie über das Konstrukt inhaltliche Dimensionen gebildet werden, die anschliessend statistisch überprüft werden.

In vorliegendem Fall wird bei der inhaltlichen Skalenbildung sowohl auf bereits bestehende Studien als auch auf die qualitativen Ergebnisse der Studie bezogen. Damit wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass die interviewten Patienten Bereiche wie Wertschätzung, Ernstnehmen ihrer Person usw. immer wieder in einer Behandlung in den Vordergrund stellten, unabhängig vom Behandelnden (Arzt, Personal oder Therapeut). Andererseits werden mit der vorliegenden inhaltlichen Skalenbildung Anforderungen eines ganzheitlichen Qualitätsmanagement in Psychiatrien erfüllt. So können beispielsweise verschiedene Diagnosegruppen gezielt auf Problembereiche, sprich Skalen untersucht werden und Massnahmen eingeleitet werden. So zeigte sich beispielsweise in vorliegender Studie, dass Patienten auf der geschlossenen Abteilung nicht nur unzufriedener sind, sondern auch, dass hiervon alle Bereiche mit Ausnahme des Bereiches Essen betroffen sind. Am unzufriedensten sind die Patienten im Bereich „Rechte und Medikamente“.

Wohingegen bei den zehn Faktoren der Hauptkomponentenanalyse die meisten Items unter die Hauptkomponente fallen, zeigen sich bei den inhaltlichen Skalen die Items eher gleichmässig verteilt, so dass im Falle eines hohen Unzufriedenheitswertes auf einer Skala ein umfassender Massnahmenkatalog analog den entsprechenden Items eingeleitet werden kann.

Das aus der Skalenbildung resultierende explorative Charakter des PZZ kann für eine Forschung sehr interessant sein. Vorderrangig sind beim PZZ die Skalen zu betrachten. Es kann jedoch auch auf die Hauptkomponentenanalyse zurückgegriffen werden, wenn es die Fragestellung erfordert.

12.4 Diskussion der quantitativen Ergebnisse

Dieses Kapitel bezieht sich auf die quantitativen Ergebnisse der Pilotstudie. Die Ergebnisse werden in Beziehung zu bestehenden Studien gesetzt. Das Kapitel ist zur besseren Orientierung der Leser analog dem Pkt. 3.5 Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit bzw. Pkt. 11.1 Zufriedenheit und Einflussfaktoren aus Forschung aufgebaut.

1. Therapien

Die Studie von Berghofer et al. (2000) umfasst die subjektive Wertigkeit von Behandlungserwartungen und verschiedenen Behandlungsmassnahmen von ambulant und stationär behandelten psychiatrischen Patienten. Die Einstufung der Wichtigkeit der Medikamente auf den ersten Rangplatz steht in Kontrast mit der öffentlichen Meinung, die Medikamenten eher skeptisch gegenübersteht. Neben Medikamenten stufen psychiatrische Patienten begleitende Gespräche als wichtigste Behandlungsmassnahme ein.

Das zeigt sich auch in vorliegender Studie: Gespräche und Medikamente zählen zu den wichtigsten Therapieformen. Der Stellenwert der Gespräche zeigt sich bereits im qualitativen Ergebnis der vorliegenden Studie (HG 6): Die Patienten wünschen, dass man in der Psychiatrie viel Zeit für sie hat; es ist ihnen wichtig, dass man einen Behandlungsplan mit ihnen erarbeitet und Aufklärung im Gespräch mit dem Arzt erfährt.

Es zeigt sich in vorliegender Studie auch, dass die Einzelgespräche – sei es mit einem Psychiater oder einem Psychologen – als wichtiger als die Gruppentherapie oder medikamentöse Behandlung⁵³ beurteilt werden. Das Recht auf Persönlichkeitsentwicklung, also auf die professionelle Hilfsmöglichkeit der Psychotherapie, wird jedoch, so Plogg (1999, S. 578), in der Psychiatrie noch weitgehend vernachlässigt. Es stehen immer noch die medikamentösen Behandlungsformen im Vordergrund, kritisiert der Autor. Auch Spiessl et al. (1995, S. 158) postulieren, dass sich die psychiatrischen Patienten mehr Gespräche und weniger Medikamente wünschen.

Der hohe Stellenwert der Einzeltherapie in vielen Studien, und auch in dieser, wird meiner Meinung nach etwas kritischer betrachtet, wenn man die Studie von Hannoever et al. (2000) hinzuzieht: Die Autoren untersuchten die Beziehung zwischen Patientenzufriedenheit und Psychotherapie, u.a. bezüglich den Behandlungsergebnissen und der therapeutischen Arbeitsbeziehung (n = 1 295). Generell zeigte sich eine hohe Zufriedenheit, die Ergebnisse belegen dabei jedoch, dass Patienten sich auch bei weniger guten Behandlungsergebnissen mit ihrer Behandlung durchaus als zufrieden erklären können (Ausgesprochen selten ist es hingegen, dass sich Patienten unzufrieden über ihre Behandlung äussern, wenn das Behandlungsergebnis positiv war.). Negative Einschätzungen der Arbeitsbeziehung gehen zudem einher mit einer deutlich steigenden Unzufriedenheitsquote. Patienten machen offensichtlich ihre Unzufriedenheit – wenn sie denn unzufrieden sind – eher an den Therapeuten oder der Therapie fest als an nicht erreichten Ergebnissen.

Auffallend bei den Medikamenten ist, dass eine medikamentöse Therapie hoch bewertet wird, aber gleichzeitig von den Patienten Unzufriedenheit geäußert wird, wenn es um Fragen nach einer ausreichenden und verständlichen Information über die Haupt- und Nebenwirkungen der Medikamente und um Fragen nach dem Angebot an Behandlungsalternativen zu den Medikamenten geht. Die Patienten sind zwar einerseits mit der medikamentösen Therapie recht zufrieden und beurteilen die Therapie als hilfreich (23.5 % der

⁵³ Ausnahme bilden die schizophrenen Patienten: Sie finden sowohl Einzeltherapie mit dem Psychiater als auch mit Medikamenten hilfreich und sind mit der medikamentösen Therapie sehr zufrieden.

Patienten beurteilen sie als „sehr hilfreich“), bemängeln aber andererseits die Information über Medikamente als fehlend oder nicht verständlich.

Diese Unzufriedenheit mit der Information steht im Widerspruch mit der Aufklärungspflicht des Arztes. Die Patienten geben an, nicht oder ungenügend über die Medikamente aufgeklärt worden zu sein, während sich die Ärzte erstaunt darüber äussern, da sie ihrer Meinung nach die Patienten genügend aufgeklärt haben.

Wahrscheinlich spielt hier die „Verständlichkeit“ der Informationsübermittlung eine grosse Rolle. Dafür sprechen würde die hohe Unzufriedenheit der Patienten bezüglich der Fragen nach einer *verständlichen* Informationsübermittlung bei Medikamenten und Krankheit. In meiner Diplomarbeit spielte dieser Aspekt ebenfalls eine Rolle: Müttern, deren Kinder eine medizinische Untersuchung erlebt hatten, fehlte eine verständliche und dem Laien angepasste Information.

Bezüglich der ergotherapeutischen Behandlung der Patienten zeigte sich in der vorliegenden Studie ein interessantes Ergebnis: Wenn Patienten sowohl in einer Ergotherapie als auch in einer Einzeltherapie mit einem Psychiater waren, beurteilten sie die Ergotherapie hilfreicher als ihr Gespräch mit dem Psychiater. Dies zeigte sich auch im Vergleich Ergotherapie und Medikamente: Auch hier stuften die Patienten die Ergotherapie hilfreicher als Medikamente ein.

Dieser Aspekt ist bislang erst in einer Studie explizit untersucht worden (Schützwohl & Olbricht, 2000). Die Autoren fanden darin unter anderem den bereits oben erwähnte Effekt von Hannoever et al. (2000), dass die Zufriedenheit der Patienten nimmt mit der erlebten Wirksamkeit der ergotherapeutischen Massnahmen zunimmt. Zudem korrelierte die Zufriedenheit der Patienten mit einer wahrgenommenen persönlichen Problemorientierung der Behandlung und der von den Patienten wahrgenommenen Praxisorientiertheit der Behandlung.

Erklärung für die positive Einstufung der Ergotherapie könnte dementsprechend sein, dass in der Ergotherapie für den Patienten eher ein zielorientiertes Vorgehen sicht- und fühlbar ist als in einer Therapie mit einem Psychiater oder in einer medikamentösen Therapie. Während in der Einzeltherapie anfangs oftmals anamnestisch gearbeitet wird (und für den Patienten Zielorientiertheit noch nicht sichtbar wird), könnte er in der Medikamenteneinnahme eher Hilflosigkeit erleben. Bei beiden Therapiearten ist ein zielorientiertes Vorgehen nur bedingt für den Patienten sichtbar, währenddessen dies in einer Ergotherapie von Anfang stattfindet.

Der Patient „sieht, was er tut“ bzw. „sieht, was für ihn getan wird“. Dies könnte ein Grund für die hohe Bewertung der Ergotherapie sein. Weitere Studien in diesem Bereich wären von Forschungsinteresse.

2. Therapeutische Beziehung

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die in vielen Studien beschriebene Bedeutung eines empathischen Verhaltens seitens der Ärzte, der Pflegepersonen und der Therapeuten. Je unterstützender und motivierender der Patient dabei die Berufsgruppen in seiner Behandlung erlebt, desto zufriedener ist er. Damit unterscheidet sich der psychiatrische Patient nicht vom somatischen Patienten. Das Gespräch als effektives Kommunikationsverhalten wurde bereits auf der Toronto-Konsensus-Konferenz zur Arzt-Patient-Kommunikation (Langewitz et al., 1995) hervorgehoben und bestätigt sich auch hier: Der Patient braucht, um zufrieden zu sein, genügend Gespräche mit dem Arzt.

Das ärztliche Gespräch ist dabei eng verbunden mit einem empathischen Verhalten sowie mit dem Faktor Zeit. Und auch hier unterscheiden sich die Patientengruppen auf der Psychiatrie und auf der Somatik nicht voneinander: Sowohl auf der somatischen Seite (vgl. Kenny, 1995) als auch auf der psychiatrischen Seite wünschen sich die Patienten ein persönliches, ärztliches Gespräch und – mit diesem verbunden – Zeit mit dem Arzt. Dabei sollte nicht nur der Arzt allein Zeit für den Patienten aufbringen, sondern ebenso die anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen wie das Pflegepersonal oder die Therapeuten. „Die Patienten wünschen, dass man in der Psychiatrie *viel Zeit* für sie hat...“ - Hypergestalt 6 der qualitativen Auswertung in der vorliegenden Studie bildete dieses Bedürfnis sehr gut heraus.

Dabei stehen „Gespräche und Zeithaben“ als zwei Schlagworte für ein Verbesserungspotenzial der Spitäler einer ernüchternden Realität im Spitalsalltag gegenüber: Kosteneinsparungen, Personalkürzungen und eine schwierige Wirtschaftslage, die auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt macht, sind geradezu prädestiniert, den Bedürfnissen des Patienten entgegenzuwirken.

In Anbetracht dieser Diskrepanz erscheint umso verwunderlicher, dass die psychiatrischen Patienten in vorliegender Studie mit der zur Verfügung stehenden Zeit der Berufsgruppen recht zufrieden sind. Auf die entsprechenden Fragen schneiden hier die Therapeuten am besten ab, gefolgt von den Ärzten. Einzig das Pflegepersonal könnte noch mehr Zeit mit den Patienten verbringen.

Eine Erklärung dafür könnten einerseits die oftmals in Studien berichtete hohe Zufriedenheit von psychiatrischen Patienten sein, andererseits jedoch der Umstand, dass Patienten von der Einsparwelle, die erst in letzter Zeit griffig wurde, noch nicht direkt und im ganzen Ausmass betroffen sind.

Der geringe Zufriedenheitswert mit dem „Zeithaben“ des Pflegepersonals könnte meiner Meinung nach wie folgt begründet sein: Der Patient hat sowohl beim Arzt als auch beim Therapeuten eine für ihn vorgesehene Zeit reserviert. Diese Zeit steht ihm explizit und vollumfänglich zur Verfügung. Beim Pflegepersonal hingegen ergibt sich das „Zeithaben“ und die Gespräche eher „im Vorbeigehen“ bei der täglichen Arbeit.

Das Pflegepersonal hat zwar den häufigsten direkten Kontakt mit dem einzelnen Patienten, da ihr Arbeitsumfeld auch der Aufenthaltsort der Patienten ist (Station, Zimmer, etc.). Sie sind auch öfters direkte Ansprechperson bei Reklamationen oder Unklarheiten der Patienten. Dafür steht ihnen jedoch keine feste Zeit zur Verfügung. Das Spannungsfeld zwischen Erledigung der anfallenden Arbeiten durch das Pflegepersonal und Bedürfnis des Patienten nach Gesprächen könnte beim Patienten den Eindruck erwecken, dass das Pflegepersonal kaum oder nur sehr wenig Zeit für Gespräch mit ihm hat.

Als zeitraubend stellt sich gemäss Swoboda et al. (1997) zudem noch die in den letzten Jahren gestiegene zeitliche Gebundenheit des ärztlichen Personals an administrative Aufgaben dar.

Bei den Therapeuten ist einerseits eine fixe vorgeschriebene Zeit für die Patienten vorhanden, andererseits ergibt sich meist, vom Therapeuten aus, ein Gespräch während der Behandlung. Der Therapeut richtet dabei Fragen an den Patienten über seine Erkrankung und über Therapiemöglichkeiten. Der Patient sieht in der Therapie in direkter Weise, dass etwas für ihn getan wird bzw. dass der Therapeut sich Zeit für ihn nimmt und sich über seine Erkrankung erkundigt. Dasselbe geschieht auch im Arztgespräch. Das Resultat ist: Der Patient bekommt das, was er sich wünscht – Zeit und Gespräche.

Eine Verbesserungsmöglichkeit wäre nun beispielsweise, wenn das Personal bei Reklamationen und Beschwerden auf eine „Sprechstunde“ mit fixierter Zeit- und Raumangabe verweisen könnte. Damit hätten einerseits die Patienten die Möglichkeit zum Gespräch und das Gefühl, Zeit zu bekommen, andererseits wäre das Personal bei seiner täglichen Arbeit entlastet. Es könnte seiner Arbeit ohne Unterbrechung nachgehen. Dem Stress durch

wiederholte Unterbrechung einer Tätigkeit, bekannt aus der Arbeits- und Organisationspsychologie, wäre zudem auch entgegengewirkt.

Zur Verbesserung der Patientenbeziehung tragen meist auch kleine Dinge im Spitalalltag bei, wie z.B. das von Twemlow et al. (1995) vorgeschlagene Anreden des Patienten mit Namen. Patienten schätzen es sehr, wenn sie von den Ärzten, der Pflege oder den Therapeuten mit dem Namen angesprochen werden bzw. wenn sie auch selber wissen, mit wem sie es zu tun haben. In einigen Kliniken werden dafür z.B. Visitenkärtchen der zuständigen Pflegepersonen und Ärzte auf das Nachtkästchen des Patienten gelegt. Diese Aufmerksamkeit ist für Patienten, vor allem in der hektischen Eintrittssituation, sehr hilfreich.

Eine Kontinuität in der Behandlung spielt im gesamten Beziehungsnetz ebenso eine grosse Rolle: Eine klare Zuständigkeit und hohe Beständigkeit bei den Bezugspersonen (Arzt, Pflege, Therapeut) resultiert in einer hohen Zufriedenheit der Patienten. Dabei ist wahrscheinlich ein Wechsel der Bezugspersonen am Anfang einer Behandlung, wenn sich das Vertrauen des Patienten zum Therapeuten erst bildet, noch nicht so gravierend wie ein Wechsel innerhalb eines längeren Behandlungszeitraumes. Ein Personal-, Arzt- oder Therapeutenwechsel ist jedoch generell für den Patienten nicht zufrieden stellend. Erklärung für die geringen Zufriedenheitswerten in der Kontinuität der Betreuung in vorliegender Studie könnte sein, dass sowohl in somatischen wie auch in psychiatrischen Kliniken vor allem im Assistenzarztbereich eine hohe Fluktuation zu verzeichnen ist. So kann es durchaus sein, dass ein Langzeitpatient in seinem Aufenthalt einen mehrfachen Wechsel der zuständigen Ärzte erlebt.

Der Aspekt der Kontinuität der Behandlung ist bislang in Patientenzufriedenheitsstudien (zu) wenig erforscht.

3. Compliance und Einbezug des Patienten

Der Einbezug des Patienten in den Behandlungsprozess spielt für die Zufriedenheit des Patienten eine grosse Rolle. Gleichgültig, ob er in die Bestimmung der Behandlungsziele mit einbezogen wird, bei den Therapien Einfluss nehmen kann oder ihm zu den Medikamenten Behandlungsalternativen angeboten werden, in jedem Fall spiegelt sich die Einflussnahme des Patienten in die erhaltene Behandlung in seiner Zufriedenheit wider. Interessant ist hierbei, dass laut Mahons (1996; zit. nach Howard et al., 2001) auch der umgekehrte Fall von Bedeutung ist: Zufriedene Patienten zeigen eine höhere Compliance und setzen die Behandlung eher fort als unzufriedene Patienten.

Die Einbindung des Patienten bekommt in der Erforschung der therapeutischen Beziehung einen immer höheren Stellenwert. Wurde früher der Patient als passiver Empfänger von medizinischen Leistungen angesehen, so ist nun ein Wandel hin zum aktiven und auch kritischen „Partner“ zu verzeichnen. Diese aktive Rolle beinhaltet Eigenverantwortung und Entscheidungsfindung auf Seiten des Patienten.

Das Umdenken, den Patienten unter den oben genannten Kriterien zu sehen, geht in der heutigen Medizin nur langsam vorstatten. In der Psychiatrie kommt noch hinzu, dass es sich hier um eine relativ junge Disziplin handelt, d.h. sie so zu sagen noch in der „Pubertät“ steckt. Und so ist es nicht verwunderlich, wenn in dem Bereich eine der höchsten Unzufriedenheitswerte meiner Studie zu finden ist: Die Zufriedenheit bezüglich dem Angebot an Behandlungsalternativen zu den Medikamenten beträgt $M = 1.16$, was bei einem Minimum bzw. Maximum von 1 bzw. 3 sehr gering ist. Unzufrieden äussern sich die Patienten auch hinsichtlich der Einflussnahme bei den Therapien. Letzteres bestätigt die Studie von Sandlund und Hansson (1999), in der Patienten ihre geringe Kontrolle über die Behandlungspläne kritisieren.

Bezüglich der Interpretation der Unzufriedenheit beim Therapieplan und bei den Alternativen zu Medikamenten muss jedoch Folgendes beachtet werden: Für jeden Aufenthalt eines Patienten in der Psychiatrie existiert ein Grundprogramm an Therapien, an dem jeder Patient teilnehmen sollte. Dieses dient einerseits dem Patienten in seiner generellen Befindlichkeit, andererseits aber auch einer gewissen Tagesstrukturierung. Neben diesen Pflichtterminen werden individuelle, auf den Patienten abgestimmte Therapieformen angewandt. Der Patient hat also von Haus aus beschränkten Einfluss auf seinen Therapieplan.

Um die Zufriedenheit der Patienten zu erhöhen, könnte man den Patienten die Sinnhaftigkeit dieses Grundprogrammes vermehrt erklären. Erklärungen sind gemäss einer Studie von Von Essen und Sjöden (1995) für psychiatrische Patienten wichtiger als für somatische Patienten.

Der Bereich Medikamente stellt an sich einen Problembereich dar: Unzufrieden äussern sich die Patienten – neben dem bereits erwähnten mangelnden Angebot an Behandlungsalternativen – mit der verständlichen und ausführlichen Information über die Haupt- und Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, können hier zwei Erklärungsansätze herangezogen werden: Einerseits werden den Patienten tatsächlich keine Behandlungsalternativen zu den Medikamenten angeboten, sondern sie erhalten generell eher eine medikamentöse Behandlung (was bei einem

Prozentsatz von über 90 % der medikamentös behandelten Patienten in meiner Studie dafür sprechen würde). Andererseits verstehen die Patienten die Information über die Medikamente nicht (was für die geäußerte Unzufriedenheit in den entsprechenden Items sprechen würde) und schliessen sich dadurch – indirekt – aus einer Entscheidungsfindung und Einflussnahme aus.

Welche Erklärungen relevant sind, muss vermehrte Forschung in diesem sensiblen Bereich aufzeigen.

4. Beziehung zum Personal

Wie in somatischen, so zeigt sich auch in psychiatrischen Spitälern ein hoher Stellenwert der Beziehung Patient mit den verschiedenen Berufsgruppen und hier v.a. mit der Berufsgruppe Pflegepersonal. Auf die diesbezüglichen Aspekte des Gespräches, der Empathie, der Zeit und auch der Kontinuität bin ich bereits im Kapitel über die therapeutische Beziehung eingegangen.

Beim Pflegepersonal ist zusätzlich der Aspekt der körperlichen Betreuung nicht zu unterschätzen (vgl. Lelliott et al., 2001). Das Gefühl der Sicherheit und guten Versorgung während beispielsweise eines körperlichen Entzuges oder auch bei sonstigen körperlichen Beschwerden spielt dabei für psychiatrische Patienten eine wichtige Rolle und beeinflusst ihre Zufriedenheit signifikant. Dabei kommt dem Personal durch den engen Kontakt eine besondere Bedeutung in der Betreuung zu, der sich u.a. in Werten wie Vertrauen, respektvolle Behandlung und Höflichkeit der Pflegepersonen widerspiegelt.

Die Patienten finden jedoch, dass das Personal unterstützender und motivierender sein könnte. Eine Erklärung für diese fehlende Unterstützung und Motivierung ist sicherlich der Personalmangel in Psychiatrien. Eine andere Erklärung liefern Von Essen und Sjöden (1995): Sie berichten über beobachtete unterschiedliche Einschätzung von Behandlungsaspekten. So nehmen Patienten die Häufigkeit von Behandlungen als geringer wahr, als das Personal dies einschätzt.

Dasselbe könnte hier nun die Ursache sein: Die Patienten nehmen die Unterstützung des Personals deutlich weniger wahr, als diese vom Personal subjektiv gegeben wird. Wenn dem so wäre, müsste versucht werden, diese Diskrepanz zwischen Patient und Personal aufzuheben, was wiederum weiterer wissenschaftlicher Abklärung bedarf.

5. Soziodemographische Daten

In vorliegender Untersuchung unterscheiden sich Frauen in ihrer Zufriedenheit *nicht* wesentlich von Männern. Hypothesen, nach denen Frauen eine bessere Behandlung im Spital erfahren und deshalb zufriedener sind oder Frauen aufgrund geschlechtsspezifischen Verhaltenserwartungen und entsprechenden subjektiven Verhaltensbereitschaften eine höhere Zufriedenheit aufweisen, wurden in meiner Studie demnach nicht bestätigt.

Demgegenüber weisen ältere Patienten höhere Zufriedenheitswerte auf. Hier können folgende Gründe massgeblich sein: Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Patienten verwitwet oder geschieden sind, ist höher als bei jüngeren Patienten. Durch einen Spitalaufenthalt könnten ältere Patienten nun die Aufmerksamkeit und den sozialen Kontakt bekommen, der ihnen eventuell im privaten Umfeld fehlt. Dafür sprechen würden die tendenziell höheren Zufriedenheitswerte von verwitweten und geschieden/getrennt lebenden Patienten in vorliegender Studie.

Ebenso ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass ältere Patienten bereits durch eine Chronifizierung ihrer Krankheit mehrmalige Aufenthalte im Spital bzw. Kontakt mit dem Spital hatten. Dadurch können sie einen Vergleich anstellen, wie es „früher“ war und wie es heutzutage ist. Nun hat gerade der psychiatrische Bereich in den letzten Jahren sowohl medizinisch, durch die Entwicklung von neuen Medikamenten, als auch gesellschaftlich, durch eine breitere Akzeptanz in der Bevölkerung, sehr grosse Fortschritte gemacht. Ein solcher positiver Verlauf könnte sich in den positiven Zufriedenheitswerten der älteren Patienten, die diese Entwicklung „hautnah“ miterlebten, widerspiegeln.

Andererseits belegen Studien, dass Ärzte mehr Zeit mit älteren Patienten verbringen und ihnen auch mehr Informationen als jüngeren Patienten kommunizieren (vgl. Hargraves et al., 2001). Dies kann dazu führen, dass ältere Patienten zufriedener sind.

Die Meinung, dass ältere Patienten, die in der Regel auch kränker sind als jüngere Patienten, über mehr Probleme mit der Behandlung im Spital berichten, wurde in vorliegender Studie nicht bestätigt: Der Gesundheitsstatus zeigte keinen Zusammenhang mit der Zufriedenheit. Ein kranker Patient nimmt eine Behandlung genauso wahr wie ein Patient in einem besseren Gesundheitszustand. Die von Hall et al. (1998) gelieferte Erklärung der höheren Unzufriedenheit bei kränkeren Patienten – nämlich dass die Krankheit selbst direkt die Patientenzufriedenheit beeinflusst und/oder Ärzte auf kränkere Patienten auf eine Weise

reagieren, die den Patienten unzufriedener mit der Behandlung macht – kann in vorliegender Arbeit nicht gefunden werden.

Das Ergebnis bezüglich des Versicherungsstatus ist sehr interessant: Angenommen werden konnte, dass höher Versicherte entweder kritischer sind, da sie einen grösseren finanziellen Beitrag in die Krankenversicherung leisten und dementsprechend auch etwas „für ihr Geld“ sehen wollen. Oder höher Versicherte sind zufriedener, da der Spitalaufenthalt für Privat-Halbprivatversicherte einige Zusatzleistungen involviert, die bei einem Aufenthalt von allgemein Versicherten nicht vorkommen, wie z.B. bessere Ausstattung der Zimmer oder Einzelzimmerbelegung.

In vorliegender Studie konnte kein Zusammenhang zwischen Versicherungsstatus und Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden. Erklärung hierfür könnten die in vorliegender Untersuchung für die Patienten wichtigen „weichen“ Faktoren wie Wertschätzung, Respekt etc. sein, welche nicht vom Versicherungsstatus abhängig sind. Aspekte, wie z.B. das Zimmer, haben zwar einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, werden jedoch von Patienten aller Versicherungsklassen positiv bewertet (Sauberkeit, Ruhe, Privatsphäre etc.). Anscheinend erfahren Patienten der Allgemeinversicherung genauso Ruhe und Privatsphäre in einem Mehrbettzimmer wie Patienten der Sonderklasse in einem Einzelzimmer.

6. Information

Der Aspekt der Information ist für die Patienten ein wichtiger Faktor. Sowohl in den qualitativen (HG 8) als auch quantitativen Ergebnissen (Skalen 5 und 6) stellte sich der Informationsbereich bezüglich Aufklärung über Krankheit und Medikamente als sehr bedeutsam für die Patienten heraus, was den aktuellen Forschungsstand bestätigt (vgl. Pkt. 3.5.6 Information).

Auch wenn Patienten über ihren Spitalaufenthalt generell ein positives Bild zeigen, so ist das bei der Information nicht der Fall. Mit Informationen zur Krankheit, sei es auf der geschlossenen oder offenen Abteilung, sowie mit Informationen zu den Medikamenten, sei es über deren Haupt- oder deren Nebenwirkungen, ist der Grossteil der Patienten recht unzufrieden.

Dies ist der Fall, obwohl in der Psychiatrie Informationsgruppen angeboten werden und auch von den Patienten besucht werden müssen. Informationsveranstaltungen, die genau eine verständliche Aufklärung über die Entstehung, den Verlauf, die Behandlung, die Rückfallquote der Krankheit zum Ziel haben. Zudem wird der Patient im Gespräch mit dem Arzt

über die Medikamente informiert. Wie bereits erwähnt, gibt es hier zwischen dem aufklärenden Arzt mit Informationspflicht und dem Patienten, der über mangelnde Aufklärung berichtet, eine Diskrepanz.

Daraus ergeben sich drei Fragen für die weitere Forschung: Ist die übermittelte Information nicht vollständig? Sind Ärzte nicht fähig, Informationen in einer Art und Weise weiterzugeben, welche die Patienten verstehen? Verstehen die Patienten die gegebene Information nicht oder/und erinnern sie sich nicht daran?

Die Standesordnung der FMH von 1996 verpflichtet Ärzte in der Schweiz, ihre Patienten umfassend über Diagnose, Behandlungsmethoden und Aussichten aufzuklären. Artikel 10 sieht allerdings vor, dass sie sorgfältig abwägen müssen, wie viel Informationen sie ihren Patienten und Patientinnen zumuten können. Wie weit die dadurch eröffnete Ermessensfreiheit ist, wurde nie explizit diskutiert. Früher traute sich die Medizin zu, darüber zu bestimmen, wie viel belastende Informationen ein Patient verkraften könne. Heute hat sich die Überzeugung durchgesetzt, dass ein gut informierter Patient auch mit einer schwer wiegenden Diagnose umgehen kann.

Der springende Punkt ist meines Erachtens nicht der, dass den Patienten keine oder ungenügende Information gegeben wird. Die Pflicht zur Information wird in Psychiatrien sorgfältig gehandhabt. Das Problem liegt vielmehr darin, dass die übermittelte Information für die Patienten nicht verständlich ist. Dafür sprechen die eigens in meinen Fragebogen eingebauten Items „Wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente und deren Nebenwirkungen so informiert, *dass Sie es auch verstehen konnten?*“ und „Wurden Sie über Ihre Krankheit und ihre Auswirkungen so informiert und aufgeklärt, *dass Sie es auch verstehen konnten?*“. Beide Items weisen einen sehr geringen Zufriedenheitswert auf ($M = 1.67$; $M = 1.65$). Das bedeutet, dass viele Patienten die Aufklärung der Haupt- und Nebenwirkungen der Medikamente nicht verstanden haben.

Information sollte in der Sprache des Patienten erfolgen. D.h. beispielsweise, dass auf Fremdausdrücke verzichtet und eine einfache Ausdrucksweise angewandt wird. Informationsbroschüren, in welcher der Patient Informationen nachlesen kann, könnten auf der Station (im Aufenthaltsraum, in den Zimmern, etc.) aufgelegt werden. Neuere Informationswege wie z.B. das Internet könnten Informationen bereitstellen. Die Homepage der Klinik kann eine Informationsseite für häufig vorkommende Diagnosen beinhalten, auf der sich auch Angehörige informieren können. Wichtig dabei ist, dass die Information in einer Art und Weise verfasst sein sollte, so dass sie jeder „Laie“ versteht.

Als eine sehr gute Möglichkeit der Informationsübermittlung erachte ich die von den Autoren Amering et al. (1998) vorgeschlagene Intervention, nach welcher Patienten nach ihrer Entlassung persönlich an sie gerichtete Entlassungsbriefe erhielten. In diesen Briefen waren Informationen über die Daten des stationären Aufenthaltes, über die Diagnose, die genutzten Therapieangebote, die erwünschten und unerwünschten Wirkungen der eingenommenen Medikamente, über die Krankheit selber und Empfehlung im Falle eines Rückfalles enthalten sowie Name und Unterschrift des behandelnden Arztes. Der Brief war zudem in einer einfachen und verständlichen Sprache verfasst.

Mit solchen Entlassungsbriefen gibt man dem Patienten Informationen und so zu sagen ein Feedback über seinen Aufenthalt. Diese Intervention stellt eine vertrauensbildende Massnahme dar und gibt dem Patienten das Gefühl, in dieser Klinik sicher aufgehoben zu sein und ernst genommen zu werden. Wenn eine Info-Hotline angeboten wird, an die sich der Patient bei Fragen wenden kann, wäre dies eine optimale Ergänzung dazu. Ideal kann zusätzlich sein, eine so genannte Infoveranstaltung in Psychiatrien einzuführen, an dem sich Patienten *vor* ihrem Eintritt die Klinik über die Behandlungen bzw. den Aufenthalt in der Klinik vorinformieren können (analog den Geburtsvorbereitungskursen in somatischen Spitälern).

Da die Patienten die Einzeltherapie mit einem Psychiater hilfreicher bewerten als die Informationsgruppen, sollte besonderes Augenmerk auf die Aufklärung durch die Ärzte gelegt werden. Zudem räumen Patienten dem Gespräch bzw. dem Zeit-haben der Ärzte einen hohen Stellenwert ein. Ein persönliches Gespräch mit dem Arzt, in dem er die Patienten über Krankheit und Medikation verständlich informiert, scheint deshalb unerlässlich, zumal eine positive Beurteilung der erhaltenen Information mit der Einsicht zur Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung korreliert (vgl. Barker et al., 1996).

Dies impliziert jedoch auch, dass sich die Ärzte mehr Zeit für den einzelnen Patienten nehmen müssten. Eine Forderung, die mit den realen Arbeitsbedingungen nicht gerade konform geht. Eine Möglichkeit wäre, einmal pro Woche eine Sprechstunde für Patienten einzurichten, in der sie Unklarheiten bezüglich der Medikamente oder Krankheit aufklären könnten. Zudem könnte diese Stelle gekoppelt sein mit der bereits beim Personal erwähnten Stelle für Reklamationen und Beschwerden. Der zuständige Arzt müsste einerseits Fragen beantworten bzw. Rücksprache bei dem behandelnden Arzt halten und andererseits Reklamationen weiterleiten. Er wäre so zu sagen Schaltstelle. So würde er einerseits die Ärzte entlasten, andererseits aber auch den Patienten die Möglichkeit bieten, Unklarheiten und Probleme aus dem Weg zu räumen.

Was genau eine *verständliche* Informationsgabe in ihren Einzelaspekten in der Psychiatrie ausmacht, ist bislang zu wenig untersucht worden. Diese Aspekte gilt es in Zukunft zu erforschen, um gezielt Verbesserungsmaßnahmen ergreifen zu können.

7. Klinische Vorerfahrungen und Aufenthaltsdauer

Aufgrund der Ergebnisse, dass einerseits die klinische Vorerfahrung in den beiden Universitätskliniken die Zufriedenheit der Patienten nicht beeinflusst, andererseits jedoch mehrmalige Aufenthalte in der Psychiatrie in den beteiligten Selbsthilfeorganisationen die Zufriedenheit der Patienten verringert, muss von einer Abhängigkeit der Zufriedenheit von den *Teilnehmergruppen* ausgegangen werden. Von einer settingspezifischen Bedeutsamkeit der klinischen Vorerfahrung für die Behandlungsbewertung, wie dies Gruyters und Priebe vorschlagen (1994, S. 91), kann im vorliegenden Fall nicht ausgegangen werden, da alle beteiligten Patienten einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Institution (Klinik) hatten.

Mehrfachhospitalisierte in Selbsthilfeorganisationen könnten deshalb kritischer sein, weil sich hier eher Patienten finden, die sich aufgrund ihrer mehrmaligen negativen Erfahrungen in Psychiatrien einer Selbsthilfegruppe angeschlossen haben. Sie teilen damit ihr Problem mit anderen Gleichgesinnten und versuchen, die Verantwortung für ihre Krankheit zu übernehmen. Oftmals stellen sie sich aufgrund der erlebten negativen Erfahrungen kritisch der Psychiatrie gegenüber und lehnen sie im Extremfall vollständig ab. Für diese Erklärung würde auch das Ergebnis sprechen, wonach die Teilnehmer in den SHO die unzufriedensten der drei Teilnehmergruppen sind.

In den beiden Universitätskliniken wird die Zufriedenheit nicht von der klinischen Vorerfahrung beeinflusst. Mehrfach hospitalisierte Patienten sind genauso zufrieden, wenn sie im Bedarfsfall wieder in die Klinik kommen, wie erstmalig hospitalisierte Patienten. In beiden Fällen spielt wahrscheinlich die Erwartung, hier in der Psychiatrie eine Hilfestellung zu bekommen, eine Rolle. Mehrfachhospitalisierte Patienten sind im Allgemeinen über ihre Rückfallmöglichkeiten aufgeklärt worden und können so eine Rehospitalisierung besser verstehen.

Die Dauer des stationären Aufenthaltes hat in vorliegender Studie keinen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Die Hypothese, dass der Patient umso unzufriedener und kritischer wird, je länger er in der Psychiatrie weilt, weil er ihm beispielsweise mehr Dinge auffallen

oder sich eine gewisse Langeweile und/oder Gewohnheit einschleicht, kann nicht bestätigt werden. Dies ist interessant, da man eher annimmt, dass Wiederholungen, wie z.B. bei den Mahlzeiten, zu Unzufriedenheit führen würden. Anscheinend gibt eine gewisse Routine, die sich bei längeren Aufenthalten einstellt, den Patienten eher Sicherheit und trägt bei einer gewohnten Tagesplanung eher zu Zufriedenheit als zu Unzufriedenheit bei. Solche „sicherheitsgebenden“ Gewohnheiten kann man auch bei Kindern und ihren Ritualen beobachten.

Im Hintergrund dieses Ergebnisses muss man jedoch auch die verkürzte Verweildauer in Psychiatrien generell betrachten: Der so genannte Turn-Over, also die Bettenbelegtrate, hat sich in den letzten Jahren immens gesteigert, die Aufenthaltsdauer dementsprechend stark verringert. Patienten sind oftmals einige Tage in der Psychiatrie stationär aufgenommen und werden anschliessend auswärts platziert. Andere nehmen wiederum gerne die ambulanten oder teilstationären Behandlungen auf der Psychiatrie in Anspruch und treten ebenfalls nach kurzer Zeit aus dem stationären Bereich aus.

Der geringe Prozentsatz an Patienten, die mehr als 10 Tage oder länger als drei Wochen bleiben, beinhaltet oftmals eher schwerere psychische Störungen, meist verbunden mit Mehrfachhospitalisation. Diese Langzeitpatienten berichten über eine recht gute Zufriedenheit. Einerseits finden sie in der Klinik die Ruhe, welche sie ausserhalb der Klinik eventuell nicht finden. Andererseits sind sie durch Rehospitalisationen den Alltag auf der Psychiatrie bereits gewohnt und können diese Kontinuität schätzen. Sie wissen vor ihrem Eintritt, was sie erwartet.

8. Diagnose

Sehr interessantes Ergebnis in meiner Untersuchung war, dass, entgegen vielen Studien zur Patientenzufriedenheitsmessung in Psychiatrien, kein Zusammenhang zwischen Diagnose und Zufriedenheit gefunden werden konnte. Weder sind in vorliegender Untersuchung depressive Patienten zufriedener (z.B. Howard et al., 2001; Keller et al., 2000) noch sind psychotische, suizidale oder drogenabhängige Patienten (z.B. Lebow, 1982) oder schizophrene Patienten (z.B. Swoboda et al., 2000) eher unzufrieden. Dies spricht dafür, sowohl in Befragungen als auch in Massnahmen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit *alle* Diagnosegruppen gleichwertig mit einzubeziehen.

Mit diesem Ergebnis ist auch das Argument entkräftet, dass sich in Zufriedenheitsmessungen teilweise die Krankheit des Patienten widerspiegelt, wie dies z.B. ein Interviewteil-

nehmer mit den Worten „Depressive sind so dankbar, die [Patienten] sind mit allem zufrieden“ behauptet hat. Auch ein anderer Einwand eines Interviewpartners, dass bestimmte Medikamente die Urteilsfähigkeit negativ beeinflussen, konnte hier nicht bestätigt werden. Es gibt keinen Unterschied in der Zufriedenheit zwischen der Gruppe von Patienten, die medikamentös behandelt wurden (und wahrscheinlich beim Ausfüllen des Fragebogens noch Medikamente genommen haben) und der Gruppe von Patienten ohne Medikamentengabe.

9. Einbezug der Familie

Obwohl sich in den Zusammenhangsberechnungen zeigte, dass Patienten, deren Familie oder Angehörige ausreichend über eine Unterstützung in der Zeit nach der Behandlung informiert worden sind, zufriedener sind, setzte sich der Bereich Familieneinbezug nicht durch. Einerseits fand dieser Bereich weder in der qualitativen Auswertung Einzug, andererseits wurden z.B. das Item zum Familieneinbezug in die Behandlung des Patienten in der statistischen Auswertung nicht bestätigt. Auf Erklärungen bin ich bereits im Pkt. 12.1 Diskussion der qualitativen Ergebnisse (Aspekt des Familieneinbezuges) eingegangen.

In ihrer Literaturrecherche über Patientenzufriedenheit findet Ruggeri (1994) kaum Aspekte des Familieneinbezuges. Dieser Bereich ist in den verschiedenen Studien bzw. Messinstrumenten nicht zu finden. Der Grund könnte darin liegen, dass den Patienten ein solcher Einbezug nicht erwünschenswert erscheint, obwohl Bernheim (1990; zit. nach Perreault et al., 1999) den Einbezug von Angehörigen mit Gründen wie Deinstitutionalisierungstendenzen oder der Effizienz von psycho-edukationalen Interventionen stark befürwortet.

Betrachtet man die Ergebnisse vorliegender Studie genauer, lässt sich eine Hypothese bilden: Während der Behandlung wünschen die Patienten zwar keinen direkten Kontakt mit ihren Angehörigen, wahrscheinlich um sich auf sich selbst zu konzentrieren oder um die Familie nicht zu belasten (das entsprechende Item 32 wurde nicht bestätigt). Sie möchten aber weiterhin mit der Familie in Kontakt stehen (d.h. beispielsweise mit ihr ungestört telefonieren; Item 33). In der Entlassungssituation hingegen wünschen sie sich eine ausreichende Information für ihre Familie, damit die Familie den Patienten in der Zeit nach der Entlassung unterstützen kann.

Wenn dem so wäre, müsste in erster Linie mit dem Patienten selbst die Behandlung ohne oder nur mit geringem Familieneinbezug vonstatten gehen und erst in der Entlassungssituation vermehrt Informationen an die Angehörigen weitergegeben werden. Für Ersteres

spräche auch die Studie von Perreault et al. (1999), wonach über 20 % der Patienten keine Information ihrer Angehörigen über ihre Medikation wünschten.

Demgegenüber steht der Wunsch der Familie, dem Angehörigen helfen zu wollen. Diesem Wunsch steht oftmals das Unvermögen der Familie gegenüber, mit der Situation ihres kranken Angehörigen adäquat umzugehen. Die Familie kann überfordert sein oder durch eine Chronifizierung der Krankheit das Vertrauen in die Psychiatrie verloren haben. Was auch immer es sein mag, wichtig erscheint, die Angehörigen über die Krankheit und Medikamente zu informieren, ihnen Verhaltensratschläge und praktische Hinweise zu geben und sie zudem über mögliche Schuld- und Schamfragen aufzuklären.

Inwiefern ein Familieneinbezug – auch gegen den Willen des Patienten – diesen in seinem Krankheitsverlauf fördert, ist von Fall zu Fall individuell zu betrachten und wird meines Wissens in dieser Art und Weise in Psychiatrien gehandhabt. Allgemein aber zu postulieren, dass ein Familieneinbezug für die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt unabdingbar ist, wie dies verschiedene Studien fordern, ist aufgrund der oben erwähnten Ergebnisse meines Erachtens kritisch zu betrachten und kann nur für die Entlassungssituation gefordert werden. Weitere Forschung in diesem Bereich ist wünschenswert.

10. Zwangseinweisung und geschlossene Abteilung

Das Ergebnis in vorliegender Studie, dass zwangseingewiesene Patienten unzufriedener mit ihrem Aufenthalt in der Psychiatrie sind, geht konform mit den Ergebnissen der meisten Studien. In Übereinstimmung mit der Literatur werden auch in vorliegender Untersuchung vor allem die Zwangsmassnahmen von den Patienten überwiegend abgelehnt: 68.1 % der Zwangseingewiesenen finden, dass die bei ihnen durchgeführten Zwangsmassnahmen völlig oder einigermassen zu verhindern gewesen wären.

Dieser hohe Prozentsatz könnte über das Ergebnis von Smolka et al. (1997) erklärbar sein. Die Autoren berichten über eine zunehmende Ablehnung von Zwangsmassnahmen im Verlauf des stationären Aufenthaltes. Eine ebenfalls bei den Autoren gefundene, im Behandlungsverlauf zunehmende Zufriedenheit kann in meiner Untersuchung eher nicht bestätigt werden: Die zwangseingewiesenen Patienten weisen nicht nur auf der PZZ-Skala, sondern in allen Bereichen (Skalen) eine erhöhte Unzufriedenheit auf, mit Ausnahme des Bereiches Essen. Da es sich in meinem Fall um eine poststationäre Befragung handelt, die Befragung also erst nach dem Aufenthalt erfolgte, müsste gemäss Smolka et al. (1997) zumindest in einem Bereich eine Zufriedenheit der zwangseingewiesenen Patienten zu

verzeichnen sein. Dem ist nicht so. Das Urteil über die Behandlung wird offensichtlich nicht positiver, je länger die Zwangsmassnahme zurückliegt.

Die Unzufriedenheit der zwangseingewiesenen Patienten erstreckt sich auf sehr viele Bereiche des Aufenthaltes, wie beispielsweise Atmosphäre, Erwartungen hinsichtlich Therapieerfolg und Behandlung (Swoboda et al., 2000), Behandlungsdesign und Behandlungsprogramm sowie physisches Umfeld (Svensson und Hansson, 1994). Diese Resultate decken sich mit meinen Ergebnissen der explorativen Untersuchung auf Skalenebene. Zufrieden sind zwangseingewiesene Patienten, wie bereits erwähnt, nur mit dem Essen, am unzufriedensten sind sie mit dem Bereich Rechte und Medikamente, gefolgt vom Bereich Ernstnehmen und Information. Über die Hälfte, d.h. 60.8 % der zwangseingewiesenen Patienten beklagen beispielsweise, keine Hilfe bei der Wahrnehmung ihrer Rechte erhalten zu haben bzw. 58.5 % berichten, sehr schlecht bis eher schlecht über die Hauptwirkungen der Medikamente informiert worden zu sein.

Was könnten nun die Ursachen für die erhöhte Unzufriedenheit bei zwangseingewiesenen Patienten sein? Einerseits erleben sich zwangseingewiesene Patienten sowohl zu Beginn als auch am Ende der Behandlung in einer wesentlich geringeren Masse als psychisch krank, was sich als Ausdruck einer geringeren Krankheitseinsicht interpretieren lässt. In der oben erwähnten Untersuchung von Smolka et al. (1997) gelang es zwar, während des stationären Aufenthaltes die Entwicklung der Krankheitseinsicht zu fördern, jedoch nur begrenzt. Was das subjektive Krankheitserleben betrifft, erreichten die Patienten mit Zwangsmassnahmen nicht einmal ganz das Ausgangsniveau der Patienten ohne Zwangsmassnahmen.

Ein interviewter Psychiater brachte dies folgendermassen auf den Punkt:

Bei Patienten, die gegen ihren Willen, also nach dem Unterbringungsgesetz, zu uns gebracht werden, ist natürlich hier die Einstellung zur Erkrankung, zum Krankenhausaufenthalt, besonders in der Initialphase, vielleicht auch die Entlassung überdauernd, nicht so positiv, wie bei Patienten, bei denen eine Krankheitseinsicht, ein Krankheitsgefühl, sehr ausgeprägt ist. Wenngleich wir immer wieder beobachten, dass ein hoher Prozentsatz von Patienten sehr wohl nach eingeleiteter Therapie sowohl psychotherapeutisch als auch psychopharmakologisch hier auch die Notwendigkeit der Zwangsmassnahme einzusehen in der Lage ist. (Karteikarte Me)

Andererseits gibt es offensichtlich Wahrnehmungs- und Definitionsunterschiede zwischen Behandelnden und Betroffenen: In der Studie von Finzen et al. (1993; zit. nach Smolka et al., 1997) schätzten die Patienten die Zwangsmassnahme z.B. überwiegend als schwere Demütigung bzw. als Strafe ein und bemängelten, dass zu wenig auf sie eingegangen worden sei und die Zwangsmedikation vermeidbar gewesen wäre, während die verantwortlichen Behandelnden vorrangig Krankheitssymptome als Gründe für die Zwangsmassnahme nannten.

Wenn zwangseingewiesene Patienten die Zwangsmassnahmen vor allem als demütigend und Strafe empfinden, müssten sich eigentlich in vorliegender Studie geringe Zufriedenheitswerte im Bereich Wertschätzung und Respektierung der individuellen Bedürfnisse zeigen. Dies trifft nicht zu: Obwohl hier eine geringere Zufriedenheit zu verzeichnen ist ($M = 2.02$), ist doch der Bereich, in dem es um Rechte und Medikamente geht, der kritischste Bereich. In diesen Bereich fällt auch eine Nachbesprechung der Zwangsmassnahmen, von der 47 % der Patienten angeben, manchmal oder gar nicht erlebt haben.

Anscheinend verbessert sich zwar die Krankheitseinsicht bei zwangseingewiesenen Patienten im Verlauf des Aufenthaltes, sie ist jedoch nie so ausgeprägt wie bei freiwillig eingewiesenen Patienten. Nichtsdestotrotz spielt gerade die Krankheitseinsicht eine tragende Rolle bei einer späteren Compliance und Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten. Diese Krankheitseinsicht kann einerseits gefördert werden durch eine gründlichere Nachbesprechung der Zwangsmassnahmen, in der der Patient über die Notwendigkeit der Massnahmen und die Gründe der Fürsorge aufgeklärt wird. Dadurch könnten auch etwaigen Verleugnungstendenzen der Patienten (Smolka et al., 1997) entgegengewirkt und die durch Zwangsmassnahmen oftmals belastete Arzt-Patient-Beziehung positiv beeinflusst werden.

Andererseits ist die Aufklärung sowohl über die Rechte als auch über die Medikation bei zwangseingewiesenen Patienten besonders wichtig. Von grossem Interesse scheinen dabei die Einschätzungen der Patienten unmittelbar bei oder nach Anwendung der Massnahmen zu sein. Hier bedarf es verstärkter Forschung, ebenso wie hinsichtlich der oben beschriebenen Diskrepanz zwischen Behandelndem und Patient.

Vermutlich spielen dieselben Mechanismen bei Patienten auf geschlossenen Abteilungen eine Rolle. Auch diese sind unzufriedener und weisen kritische Werte in allen Bereichen ausser dem Essen auf. Der Bereich mit der geringsten Zufriedenheit ist, wie bei den zwangseingewiesenen Patienten, der Bereich Rechte und Medikamente. Behandler müssen

vermehrt Stellenwert auf die Aufklärung der Rechte sowie Aufklärung von Haupt- und Nebenwirkungen der Medikamente auch bei Patienten der geschlossenen Abteilungen legen.

EXKURS: Der psychiatrische Notfallpatient

Psychiatrische Patienten stellen einen erheblichen Anteil in der präklinischen Notfallmedizin dar. Obwohl präklinische psychiatrische Notfälle zunehmend ins wissenschaftliche Interesse gelangen und erste Untersuchungen sie als dritthäufigste Ursache für Notarzteinsätze identifizierten, existieren dennoch nur wenige valide Daten zu Art und Häufigkeit.

In der Studie von Pajonk, Grünberg, Paschen und Moecke (2001) erfolgte eine retrospektive, anonymisierte Auswertung aller Notarztprotokolle der Stadt Hamburg des Jahres 1995. Bei 2 550 von 26 347 Protokollen, das sind 9.7 %, war eine psychiatrische Störung Haupt- oder wesentliche Einsatzursache. Bei den überwiegend jungen und männlichen Patienten standen Alkoholintoxikationen (34 %), Erregungszustände (23 %) und Suizidalität (22 %) im Vordergrund. Bei ca. 55 % lag ein rein psychiatrischer, bei 35 % ein kombinierter somatisch-psychiatrischer Notfall vor.

Die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle dürfte nach den Autoren allgemein knapp 10 % aller Notarzteinsätze betragen. Erkrankungen aus dem Bereich Sucht/Abhängigkeit stellen dabei den weit überwiegenden Anteil dar. Klassisch-psychiatrische Erkrankungen wie beispielsweise Schizophrenie, Depression oder Manie spielen nur eine untergeordnete Rolle. Und dabei ist die Behandlungsqualität in einem psychiatrischen Notfall laut den Autoren Segal, Egley, Watson, Miller und Goldfinger (1995) abhängig von klinischen Merkmalen des Patienten und nicht von sozialen Verfälschungen seitens der Ärzte. Die Autoren untersuchten 683 psychiatrische Notfälle. Einzig die Arbeitsüberlastung des Personals beeinflusste die Behandlungsqualität negativ.

11. Zimmer, Essen und sanitäre Installationen

Die verschiedenen Zimmeraspekte spielt für die Patientenzufriedenheit eine signifikante Rolle, vor allem auch deswegen, weil sich psychiatrische Patienten in der Regel bedeutend länger als somatische Patienten in der Klinik aufhalten und oftmals nicht bettlägerig sind. Diese Aspekte sind in Patientenzufriedenheitsmessungen bislang eher vernachlässigt worden.

In vorliegender Untersuchung zeigte sich, dass Patienten Sauberkeit, die Privatsphäre und die Matratzenqualität für besonders wichtig erachten. *Sauberkeit* ist in Spitälern aufgrund hygienischer Richtlinien oberstes Gebot. Der Wunsch nach *Privatsphäre* findet sich auch im Bedürfnis nach (räumlicher) Rückzugsmöglichkeit – ein entsprechendes Item beeinflusst die Zufriedenheit signifikant. Der Wunsch bezüglich der *Matratzenqualität* kann sich daraus ergeben, dass sich psychiatrische Patienten einige Male am Tag zum Ausruhen oder zum Schlafen niederlegen und deshalb eine gute Qualität sehr schätzen. Ausserdem scheint die Matratzenqualität auch in anderen Settings von Bedeutung zu sein: Wer kennt nicht den prüfenden federnden Sitz auf das Bett, wenn man z.B. ein Hotelzimmer bezieht? Schlaf als Erholungsphase, zu deren Erfüllung bestimmte Voraussetzungen wie z.B. eine gute Matratzenqualität gegeben sein sollen, scheint deshalb nicht nur für Patienten in der Psychiatrie ein Bedürfnis zu sein.

Ein anderer wichtiger Aspekt ist das Essen in der Psychiatrie. Neben dem täglichen „Routineablauf“ sind die Mahlzeiten, wie auch im somatischen Spital, eine willkommene Abwechslung. Und da einige Medikamente ein verstärktes Hungergefühl (und Gewichtszunahme) zur Folge haben, kommt dem Essen einen besonderen Stellenwert zu. Es ist auch nicht verwunderlich, dass Patienten, die mit dem Aspekt Essen zufrieden sind, auch ihren Spitalaufenthalt besser beurteilen.

In vorliegender Untersuchung sind die Patienten sehr zufrieden mit dem Bereich Essen. Dabei spielt aber nicht die Grösse der Portionen die wichtigste Rolle, wie man aufgrund der Nebenwirkungen der Medikamente vermuten würde, sondern die Auswahl und Vielfalt der Mahlzeiten, die Temperatur der Mahlzeiten und deren Präsentation. Das Bedürfnis nach einer Vielfalt an Mahlzeiten ist aufgrund der längeren Spitalaufenthaltsdauer verständlich. Durch bestimmte Diäten ist die Auswahl eher eingeschränkt; der Geschmack der Mahlzeiten verzeichnet zwar noch einen recht hohen Zufriedenheitsgrad, verglichen mit den anderen Aspekten ist er aber der geringste. Dies ist wahrscheinlich bedingt durch eventuelles „Kantine-Essen“ in den Spitälern oder durch medikamentöse Nebenwirkungen (Geschmacksveränderungen).

Der Wunsch nach Sauberkeit in den Zimmern findet auch bei den sanitären Installationen, hier die Sauberkeit des eigenen WCs, Ausdruck. Wichtig ist den Patienten zudem die Verfügbarkeit des Etagen-WCs. Sanitäre Installationen haben generell einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit. Die Patienten in vorliegender Untersuchung sind im Allgemeinen sehr zufrieden mit den sanitären Installationen, der vorerwähnte Aspekt der Sauber-

keit ist in Spitälern hygienisch unabdingbar. Eine Beurteilung der sanitären Installationen findet sich bislang in keiner Patientenzufriedenheitsstudie.

Müller (2000, S. 930) schlägt bezüglich baulicher Massnahmen in Psychiatrien zudem Folgendes vor: Auch heute ist es noch so, dass psychiatrische Patienten sozialer Stigmatisierung ausgesetzt sind, auch bei Angehörigen und im Bekanntenkreis. Eine ansprechende Gestaltung der öffentlichen Räume einer psychiatrischen Klinik – Cafeteria, Treppenhäuser, Flure – kann mit dazu beitragen, Vorurteile bei Besuchern und Teilen der Öffentlichkeit abzubauen. Zudem können einfache Dinge wie Pflanzen oder Bilder zu einer angenehmen Atmosphäre beitragen.

12. Entlassung und Nachbetreuung

Der Bereich Entlassung und Nachbetreuung weist generell eine recht hohe Zufriedenheit auf. Er findet sich in der gleichnamigen Skala. Fragen nach dem richtigen Zeitpunkt der Entlassung und dem Wissen, wohin man sich bei einem Rückfall wenden kann, nach Organisation der Nachbetreuung werden von den Patienten durchwegs als positiv bewertet. Dies bestätigt die Praxis in den beiden beteiligten psychiatrischen Universitätskliniken, in denen die Nachbetreuung durch Kontaktaufnahme mit den vorgängig betreuenden Ärzten und/oder Einrichtungen des Patienten bereits geregelt ist. In der PUK Basel wird ein Patient z.B. Termin für eine Nachbetreuung entlassen.

Was einen geringen Zufriedenheitswert aufweist und bereits unter dem Punkt Einbezug der Familie diskutiert wurde, ist die ungenügende Information der Familie in der Nachbetreuungssituation. Als Intervention könnte beispielsweise eine Familiendiskussion durchgeführt werden, anhand derer auch Richtlinien für die Entlassungssituation ausgearbeitet werden können, um so die Familie zu unterstützen. Diese Intervention wurde von den Beteiligten in der Studie von Reiley et al. (1996) sehr positiv bewertet.

Zudem spielt für die Patienten nicht die Quantität an Nachbetreuungsangeboten eine Rolle, sondern *individuell* zugeschnittene Nachbetreuungsmöglichkeiten (Dietzen & Bond, 1993).

13. Die drei Teilnehmergruppen

Bezüglich der drei Teilnehmergruppen (Psychiatrische Universitätsklinik Innsbruck, Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Selbsthilfeorganisationen) zeigen die Ergebnisse in vorliegender Studie keine Unterscheidung hinsichtlich des Teilnehmertypus Universitätsspital und Selbsthilfeorganisationen. Im Gruppenvergleich sind beispielsweise die Selbsthilfeorganisationen erwartungsgemäss unzufriedener, doch unterscheidet sich hier auch die PUK Innsbruck von den beiden anderen Teilnehmern.

Sowohl die PUK Innsbruck als auch die SHO sind zudem im Bereich Rechte und Medikamente kritischer. Dieser Bereich stellt bei allen Teilnehmern einen Bereich mit geringen Zufriedenheitswerten dar. Unzufriedenheit herrscht bei Themen wie Aufklärung und Wahrnehmung der Rechte, Information über Haupt- und Nebenwirkungen der Medikamente sowie Angebot an Behandlungsalternativen zu den Medikamenten vor. Ganz generell erscheint hier bei Patienten, die einen stationären Aufenthalt in einer Psychiatrie erlebt haben – egal ob in Westösterreich oder der Deutschschweiz – ein grosser Nachholbedarf an verständlicher Information gegeben zu sein. Dies vor allem bei zwangseingewiesenen Patienten und Patienten auf der geschlossenen Abteilung. Erstere sind nicht nur in Bezug auf die Rechte und Medikamente vermehrt aufzuklären, sondern auch verstärkt in Forschungsstudien einzubeziehen, da sie signifikant weniger in Patientenbefragungen antworten.

Einzig hinsichtlich des Alters, Zivilstandes und Diagnosen lässt sich eine Unterscheidung zwischen PUK und SHO festmachen: Tendenziell zeigt sich in den PUKs eine Unabhängigkeit der Zufriedenheit vom Alter. Eventuell sind ältere Patienten durch mehrfache Rehospitalisation in derselben Klinik und/oder Chronifizierung der Krankheit von der Klinik enttäuscht? Dieser Hypothese würde das Ergebnis von Hermann et al. (1998) entsprechen, in deren Studie ältere Patienten mit psychiatrischen Störungen signifikant unzufrieden waren. Da es sich bei den beiden Teilnehmergruppen jedoch nur um eine Tendenz handelt, sind weitere Abklärungen notwendig.

Bei den SHO sind ältere Patienten zufriedener und allein stehende Personen, verheiratete oder in Partnerschaft lebende Personen unzufriedener. Dies würde die Hypothese bestätigen, dass geschiedene/verwitwete und oftmals ältere Personen aufgrund der Zuwendung und Betreuung, die sie in der Klinik erhalten, zufriedener sind.

Bezüglich des Geschlechts und des Versicherungsstatus unterscheiden sich die Teilnehmergruppen nicht. Hier bestätigen sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie auch hinsichtlich der Teilnehmergruppen: Weder Frauen noch höher Versicherte sind zufriedener.

Die Diagnose zeigte zwar bei keiner Teilnehmergruppe eine Auffälligkeit hinsichtlich der Zufriedenheit (PZZ-Skala). Eine explorative Untersuchung der einzelnen Bereiche (Skalen) hat jedoch ergeben, dass sich Patienten mit Suchtproblematik in den beiden psychiatrischen Universitätskliniken unterscheiden. In der PUK Innsbruck sind Suchtpatienten im Vergleich zu Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zufriedener, was den Bereich Ernstnehmen und Information angeht und tendenziell unzufriedener hinsichtlich des Bereichs Rechte und Medikamente als Patienten mit organischen Störungen.

Grund hierfür könnte einerseits die räumliche und verwaltungstechnische Eingebundenheit der PUK Innsbruck in das somatische Universitätsklinikum sein. Somit werden Patienten mit körperlichen Beschwerden und/oder somatischen Abklärungen, wie dies bei Patienten mit organischen Störungen oder Suchtpatienten oftmals vorkommt, unkompliziert und rasch versorgt, was sich wiederum auf die Zufriedenheit dieser Patientengruppen positiv auswirkt.

In der PUK Basel zeigen sich Suchtpatienten kritischer im Bereich emotionale Unterstützung als affektive Patienten. Dieses Ergebnis bestätigt die Resultate von Spiessl et al. (1995), die über positive Beurteilung von affektiven Patienten berichten. Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit äusserten sich am wenigsten positiv über die Behandlung.

Depressive Patienten könnten dankbarer sein und die Klinik positiver bewerten als Suchterkrankte, die sozial nicht integriert sind und teilweise utopische Vorstellungen (z.B. Veränderung des Wesens durch Drogenkonsum) an das Spital haben. Die Erwartungen dieser Patienten an die Klinik könnten aufgrund der Komplexität der sozialen Probleme und der Beziehungsprobleme häufig sehr viel höher sein als überhaupt realistisch lösbar. Dadurch wäre die Enttäuschungsgefahr einfach viel grösser, als wenn es sich um somatische Patienten handelt, die „nur“ einen hohen Blutdruck korrigieren müssten.

Ein interessantes Ergebnis zeigt sich zudem bei der PUK Basel: Hier sind zwangseingewiesene Patienten nicht unzufriedener. Ein Vergleich der gesetzlichen Lage in der Schweiz und in Österreich brachte keine Erklärung hervor: Die Vorgehensweise ist in beiden Ländern ähnlich; es kommt bei Zwangseinweisung zur Einschaltung einer dritten unabhängigen Instanz (Gericht). Es könnte sein, dass in der PUK Basel die Aufklärung bzw. die Nachbesprechung der Zwangseinweisungen ausführlicher oder in einer anderen Weise

erfolgt? Interessant wäre, wenn sich die beiden Universitätsspitäler austauschen würden, um mögliche Ursachen herauszufinden bzw. um Verbesserungsvorschläge einzuholen.

Im Bereich geschlossene Abteilung zeigen sich, neben der PUK Innsbruck, auch bei der PUK Basel unzufriedene Patienten und bestätigen die gefundenen Ergebnisse. Hier finden sich jedoch bei den SHO keine Signifikanzen: Patienten auf der geschlossenen Abteilung sind nicht unzufriedener als Patienten auf offenen/halboffenen Abteilungen. Grund für Letzteres könnte eventuell die Tendenz der Patienten sein, unfreiwillige Massnahmen wie Zwangseinweisung oder Aufenthalt auf einer geschlossenen Abteilung zu verleugnen oder sie mit zunehmendem zeitlichen Abstand eher zu akzeptieren (vgl. Smolka et al., 1997).

12.5 Diskussion gesamthaft

Psychiatric patients ought not to be denied effective treatments either now or in the future, and this imposes a duty on society in general, and clinicians in particular, to perform medical research that is methodologically sound, participatory, and geared to the expected needs of patients (Davies, 2001, S. 398).

Die Entwicklung des Psychiatriefragebogens zur Zufriedenheitsmessung PZZ war von Anfang an sowohl patienten- als auch berufsgruppenorientiert. Die qualitative Auswertung, gekoppelt mit Literaturrecherche, ergab einen Fragebogen mit 76 Fragen zum stationären Aufenthalt von psychiatrischen Patienten.

Die in diesem Bereich durchgeführten Studien zeigten bezüglich der globalen Bewertung der jeweiligen Institution und der allgemeinen Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrer Behandlung ein durchgängig sehr positives Bild. Dies bestätigte sich auch in vorliegender Studie. Auffallend ist dennoch, dass sich auch ein hoher Anteil an Ablehnung zeigt. Dieser ist zwar nicht so stark wie der Anteil an Zustimmung, doch ist hier eindeutig zu erkennen, dass die befragten Patienten keineswegs nur positive und gar keine negative Antworten geben. Unzufriedenheit gibt es vor allem in den Bereichen Zwangseinweisung, Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung (bei beiden hauptsächlich bezüglich Aufklärung und Wahrnehmung der Rechte), Medikamente und Information. Bei den Medikamenten zeigt sich eine hohe Unzufriedenheit in der verständlichen Aufklärung über Haupt- und Nebenwirkungen der Medikamente.

Es scheint sich in vorliegender Studie bestätigt zu haben, was die Autoren Smedley und Nesbitt (2000) postulieren. Die Autoren sind der Meinung, dass „high levels of satisfaction are reported when global questions are asked, whereas dissatisfaction becomes more evident when questions become more specific“ (S. 235). Bei spezifischen Fragen sind psychiatrische Patienten ganz offensichtlich in der Lage, sich differenziert und kritisch zu äussern.

Durch eine Differenzierung der Behandlungsaspekte konnten in vorliegender Untersuchung Problembereiche aufgezeigt werden, die mit globalen Instrumenten nicht erfasst werden. Die im PZZ eingebaute ZUF-8 Skala als generelle Zufriedenheitswerte zeigte beispielsweise durchgängig in ihren acht Items sehr hohe Zufriedenheitswerte, während die in der PZZ gestellten, spezifischen Fragen Unzufriedenheit bei den Patienten aufzeigten.

Unter diesem Aspekt sind auch die beiden für Spitäler oftmals wichtigen Fragen nach dem Wiederkommen und Weiterempfehlen zu betrachten: Beide Items haben zwar bedeutsamen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, d.h. je zufriedener der Patient ist, umso eher wird er wieder in die Klinik kommen und umso eher empfiehlt er die Klinik weiter. Die Aussagekraft für Qualitätsverbesserungsmassnahmen ist jedoch gering. Hier ist es sicherlich angebracht, sich die einzelnen Aspekte in ihren Zufriedenheitswerten zu betrachten. Aufgrund dieser Werte können Problembereiche erkannt bzw. entsprechende Qualitätsmassnahmen ergriffen werden, anstatt nur der Prozentwert an wiederkommenden und die Klinik weiterempfehlenden Patienten als Massstab herzunehmen.

Alle Aspekte, die im PZZ abgefragt werden, haben signifikanten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Zwei Aspekte fanden aufgrund der Forschungsergebnisse der vorliegenden Untersuchung keinen oder nur teilweisen Einzug in den PZZ: der Einbezug der Familie und der Kontakt zum Mitpatienten.

Die Rücklaufquote von 25 % liegt durchaus im durchschnittlichen Bereich einer poststationären Befragung. Das Argument, aufgrund des psychiatrischen Störungsbildes bestimmte Diagnosen wie z.B. Schizophrenie aus der Befragung auszuschliessen, bestätigte sich nicht. Patienten aller Diagnosen wurden befragt. Es zeigte sich kein signifikanter Einfluss einer Diagnose auf die Zufriedenheit. Die Aussage von Schroeder (1998, S. 43), die in ihrem Buch „Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“ der Meinung ist, dass man beim Einsatz von Instrumenten berücksichtigen muss, dass „einige Menschen kaum in der Lage

sind, Fragebögen auszufüllen, wie z.B. sehr kranke Patienten, Patienten mit Depressionen und alte Menschen“, muss aufgrund der Ergebnisse meiner Studie zurückgewiesen werden.

Von manchen Autoren (zit. nach Gruyters & Priebe, 1994, S. 89) wird zudem die Möglichkeit einer aktiven und vor allem rationalen Bewertung der Behandlung durch psychisch kranke Menschen grundsätzlich in Frage gestellt. Die Frage nach der Rationalität bzw. Irrationalität von Patientenbewertungen ist vor dem Hintergrund, die Meinung der Patienten als Erfolgskriterium einer Behandlung ernstnehmen zu wollen, zunächst als zweitrangig zu behandeln.

In vielen Studien (z.B. Dazord et al., 1998; Fähndrich und Smolka, 1998) ist zu verzeichnen, dass sich psychiatrische Patienten als sehr kooperativ erweisen, die Fragen ernst nehmen und ihren Aufenthalt durchaus rational beurteilen können. Zum selben Schluss komme ich auch bezüglich der Ergebnisse meiner Studie. Zudem stellte sich bezüglich des ökonomischen Aspektes heraus, dass psychiatrische Patienten in der Lage sind, über 80 Items in einer angemessenen Zeit zu beantworten. Weder Länge des PZZ noch Ausfülldauer beeinflusste dabei die Zufriedenheit des Patienten.

Davies (2001) bemängelt jedoch, dass oftmals psychiatrische Patienten das Gefühl haben, dass Forschung nicht *für sie* gemacht wird, sondern *für den Forscher*. Folgende ethische Bedingungen als unterstützende Massnahmen für psychiatrische Patienten bei einer Teilnahme sollten nach dem Autor erfüllt sein: Die Autonomie des Patienten soll respektiert werden; volle Information über die Studie soll übermittelt werden, damit auch Vertrauen entstehen kann; im Forschungsprozess sollen Patient als Teilnehmer und Forscher ein Team bilden⁵⁴. D.h. ganz konkret, dass Patienten in den Forschungsplan ihre Ideen, Vorschläge, Meinungen einbringen sollten. Diese Grundsätze wurden in der Entwicklung des PZZ besonders beachtet.

Der PZZ stellt ein reliables und valides Instrument zur Patientenzufriedenheitsmessung in Psychiatrien dar. Durch die Mehrdimensionalität des Konstruktes Patientenzufriedenheit und, daraus ableitend, Differenzierung der Zufriedenheit in zwölf Skalen kann einerseits Forschung hinsichtlich Aspekten, die bislang kaum oder nur sehr wenig untersucht wurden, forciert werden. So können beispielsweise bestimmte Diagnosegruppen untersucht werden,

⁵⁴ An dieser Stelle möchte ich exemplarisch auf einen kritischer Brief einer Selbstbetroffenen hinweisen. Er befindet sich im **Anhang A 21**.

und es kann festgestellt werden, auf welcher Ebene (Skala) sie sich voneinander unterscheiden. Ein Beispiel dafür sind die zwangseingewiesenen Patienten in der vorliegenden Studie, die vor allem im Bereich Rechte und Medikamente hohe Unzufriedenheitswerte aufweisen. Zudem können durch spezifische, differenzierende Fragen des PZZ Unmuts-äusserungen von psychiatrischen Patienten erfasst werden und damit wieder neue Anstösse für die Forschung gewonnen werden.

Andererseits kann der PZZ auch gezielt für Verbesserungen im Qualitätsmanagement herangezogen werden, indem über seine Ratings so genannte Problembewertungen berechnet werden. Laut Satzinger et al. (2001, S. 190) entspricht eine Zuteilung der Ratings zu Problemhäufigkeiten dem Prinzip des Total Quality Managements. Dieses besagt, dass Entwicklungspotenziale durch Fehler und Qualitätsdefizite am besten beschrieben werden. So stellen beispielsweise die Antwortmöglichkeiten „Nein“ und „Ja, einigermassen“ auf die Frage „Hat Ihnen der Arzt den Zweck der Medikamente, die Sie einnehmen sollten, erklärt?“ ein „Problemattribut“ dar.

Diese Problemattribute werden kumuliert und ergeben so eine – absolute oder relative – Problemhäufigkeit, und zwar für jede einzelne Frage und für jede Dimension (Skala). Die entsprechende Formel lautet: „Anzahl der Antworten mit Problemattribut / Gesamtzahl aller gültigen Fragebögen“. Somit können in den Kliniken Problemwerte und damit Verbesserungsmöglichkeiten angeführt werden. Je höher der Prozentwert, umso höher der Handlungsbedarf. Die Autoren gehen damit konform mit Baker et al. (1998) und Borg (2002).

Die Ergebnisse der Patientenbefragungen sind sowohl für den täglichen Umgang mit Patienten als auch für die Konzeption von Behandlungsstrategien und qualitätsverbessernden Massnahmen relevant. Die Implementierung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen in die „Regelkreise“ von internen Qualitätssicherungsprogrammen einer Klinik kann zudem die Behandlungcompliance erheblich verbessern. Nicht zuletzt wegen der überragenden Bedeutung der Behandlungcompliance in der psychiatrischen Klinik sollten standardisierte Patientenbefragungen grundsätzlich in Qualitätssicherungsprogrammen von Kliniken einbezogen werden.

Ziel weiterer Studien sollte laut Priebe et al. (1995, S. 158f.) deshalb die Entwicklung eines reliablen, validen und ökonomischen Messinstrumentes der Patientenzufriedenheit sein, das Patienten routinemässig vorgelegt werden kann. Mit vorliegendem Psychiatriefragebogen zur Zufriedenheitsmessung PZZ kann dieses Ziel erreicht werden.

13 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Studie beschreibt die Entwicklung des Psychiatriefragebogens zur Zufriedenheitsmessung (PZZ). Das Instrument dient der Messung der Zufriedenheit von stationär aufgenommenen Patienten hinsichtlich psychologischen und medizinischen Aspekten der Versorgung in psychiatrischen Institutionen. Der PZZ ist für deutschsprachige Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr konzipiert.

Die Entwicklung des PZZ gliedert sich in den qualitativen und den quantitativen Teil. Im qualitativen Teil wurden Einzelinterviews (Berufsgruppen) sowie Gruppeninterviews mit Patienten mit dem qualitativen Verfahren GABEK WinRelan ausgewertet. Diese ergaben zusammen mit Forschungsstudien aus diesem Bereich und bestehenden Messinstrumenten zur Patientenzufriedenheit einen Fragebogen-Entwurf. Dieser wurde in einer ersten Stufe evaluiert und in einer zweiten Stufe an stationären psychiatrischen Patienten getestet. Anschließend fand eine Pilotstudie statt, in der Patienten aus zwei teilnehmenden psychiatrischen Universitätskliniken und Selbstbetroffene aus Selbsthilfeorganisationen poststationär angeschrieben wurden. Insgesamt wurde der PZZ an rund 2 400 Personen versandt. Die genaue Probandenmenge ist der nachfolgenden Tabelle (Tab. 38) zu entnehmen.

Die statistische Auswertung des PZZ ergab ein reliables und valides Instrument, welches sich aus zwölf Skalen der Patientenzufriedenheit zusammensetzt. Zusätzlich werden die Ergebnisse mit bestehenden empirischen Studien zur Patientenzufriedenheit verglichen.

Folgende Tabelle stellt die Entwicklung des PZZ im Kurzüberblick mit besonderer Berücksichtigung der involvierten Probanden dar.

Tab. 38 **Entwicklung des PZZ im Kurzüberblick**

n	Personen	Beschreibung	Phase	Weitere Details siehe unter...
12	Einzelinterviewte	Personal, Psychiater, Psychologen	Qualitativer Ansatz: Interviews	Pkt. 5
2	Gruppeninterviewte	5 Patienten Innsbruck 6 Patienten Basel	Qualitativer Ansatz: Interviews	Pkt. 5
19	Evaluationspartner	Personal, Psychiater, Psychologen, Laien	Evaluation d. Fragebogen Entwurfes	Pkt. 6
23	Testpatienten	Stationäre Patienten	Testung des Fragebogens	Pkt. 7
1 167	Selbstbetroffene	Selbstbetroffene mit stationärem Aufenthalt in einer Psychiatrie	Quantitativer Ansatz: Pilotstudie	Pkt. 9
1 200	Patienten	Entlassene stationäre Patienten	Quantitativer Ansatz: Pilotstudie	Pkt. 9
506	Datensätze		Statistische Auswertung	Pkt. 9

Und die **poetische Antwort auf das Gedicht in der Einleitung**, ebenfalls gefunden im Diskussionsforum von www.psychiatrie.de (Verfasser unbekannt):

...daran zu zieh'n
Will ich nicht wagen
Sind sie doch dann
Für immer fort

Und wo nichts ist, da ist die Leere,
gefüllt mit lebenslanger Schwere
drum lass ich die Nägel sein
und hänge dort mein Leben ein

ein Schaukelband an jedem Eisen
darin mein Mut mit sanftem Kreisen
der schwingt so hin und schwingt so her
und wird dabei allmählich mehr

und mit der Zeit beginnt das Rosten,
marode sind die Eisenpfosten

und plötzlich tut es einen Knall:
Die Schaukel fliegt im freien Fall
Durch meinen Kopf und alle Zellen,
die jetzt mit Mut zur Grösse quellen

bis alles dicht an dicht gefüllt
dem Leben neues Licht enthüllt

Literaturverzeichnis

- Alexius, B., Berg, K. & Aberg-Wistedt, A. (2000). Patient satisfaction with the information provided at a psychiatric emergency unit. *Patient Education and Counseling*, 40, 51-57.
- Amering, M., Denk, E., Griengl, H. & Sibitz, I. (1998). "Weil es mich betrifft" – direkt an PatientInnen gerichtete Entlassungsbriefe. *Psychiatrische Praxis*, 25 (4), 172-174.
- Anderegg, S. (18. September 2002). Das Ansehen der Pflege ist gestiegen. *Tages-Anzeiger*, 25.
- Anderegg, S. (30. Dezember 2002). Ist die beste Behandlung bald zu teuer? *Tages-Anzeiger*, 11.
- Anderegg, S. (5. Oktober 2002). Gemeinden sollen mehr an Spitäler zahlen. *Tages-Anzeiger*, 17.
- Ärzte müssen sich Zeit nehmen. (25. Oktober 2002). Schwarzach: Vorarlberger Nachrichten
- Atkinson, M. J. & Caldwell, L. (1997). The differential effects of mood on patients' ratings of life quality and satisfaction with their care. *Journal of Affective Disorders*, 44, 169-175.
- Baer, N., Domingo, A. & Amsler, F. (2003). *Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Baker, L., Zucker, P. & Gross, M. J. (1998). Using client satisfaction surveys to evaluate and improve services in locked and unlocked adult inpatient facilities. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 25 (1), 51-63.
- Barker, D. A. & Orrell, M. W. (1999). The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire: A reliability and validity study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (2), 111-116.
- Barker, D. A., Sukhwinder, S. S., Higginson, I. & Orrell, M. W. (1996). Patients' views towards care received from psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 168, 641-646.
- Barry, M. & Crosby, C. (1996). Quality of Life as an Evaluative Measure in Assessing the Impact of Community Care on People with Long-Term Psychiatric Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 210-216.
- Berger, M. & Gaebel, W. (1997). *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Berghofer, G., Lang, A., Henkel, H., Schmidl, F., Rudas, S. & Schmitz, M. (2001). Satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment, and other patients. *Psychiatric Services*, 52 (1), 104-107.
- Berghofer, G., Lang, A., Rudas, S. & Schmitz, M. (2000). Was erwarten sich psychisch Kranke von ambulanter und stationärer Bedeutung? *Psychiatrische Praxis*, 27, 228-234.
- Bhugra, D., Grenade La, J. & Dazzan, P. (2000). Psychiatric inpatients' satisfaction with services: A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4 (4), 327-332.
- Biedermann, D., Gross, J. & Kocher, G. (1999). *Krankenversicherung und Gesundheitswesen - wie weiter?* Bern: Hans Huber.
- Björkman, T., Hansson, L., Svensson, B. & Berglund I. (1996). What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 7 (4), 355-362.
- Black, A. & Church, M. (1998). Assessing medical student effectiveness from the psychiatric patient's perspective: The Medical Student Interviewing Performance Questionnaire. *Medical Education*, 32 (5), 472-478.
- Boardman, A., Hodgson, R. E. & Lewis, M. (1999). North Staffordshire Community Beds Study: Longitudinal evaluation of psychiatric inpatient units attached to community mental health centers: I: Methods, outcome and patients satisfaction. *British Journal of Psychiatry*, 175, 70-78.
- Boecker, F. M. (1989). Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung. *Psychiatrische Klinikbehandlung*, 15 (8), 608-620.
- Borg, I. (2002). How to present organizational survey findings to managers and other non-experts. *Paper elektronisch von Borg persönlich übermittelt. ZUMA: Mannheim*.

- Borst, U. (2000). *Der Münsterlinger Fragebogen*. Report von der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Münsterlingen.
- Breme, K., Altmeyen, J. & Taegger, K. (2000). Psychologische Prädiktoren des postoperativen Schmerzerlebens, des Schmerzmittelverbrauchs und der Patientenzufriedenheit. *Patientenkontrollierte Analgesie*, 14 (3), 137-145.
- Buber, R. & Kraler, C. (2000). How GABEK and WinRelan support qualitative research. In R. Buber & J. Zelger (Hrsg.), *Gabek II Zur Qualitativen Forschung* (S. 111-137). Innsbruck: Studienverlag.
- Buber, R. & Zelger, J. (2000). *Gabek II Zur Qualitativen Forschung*. Innsbruck: Studienverlag.
- Callan, A. & Littlewood, R. (1998). Patient satisfaction: Ethnic origin or explanatory model? *International Journal of Social Psychiatry*, 44 (1), 1-11.
- Campell, J. (1997). How consumers/survivors are evaluating the quality of psychiatric care. *Evaluation Review*, 21 (3), 357-363.
- Carpenter, J., Ring, C., Sangster, A., Cambridge, P. & Hatzidimitriadou, E. (2000). From the asylum to the community: A longitudinal study of staff involved in the transition from Tone Vale Hospital to community-based services. *Journal of Mental Health*, 9 (2), 211-230.
- Cleary, P. D. & McNeil, B. J. (1988). Patient Satisfaction as Indicator of Quality Care. *Inquiry*, 25, 25-36.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Roberts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J. D. & Delbanco, T. L. (1991). Patients Evaluate Their Hospital Care: A National Survey. *Health Affairs, DataWatch*, 254-266.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., W., McMullen, W. & Delbanco, T. L. (1992). The Relationship Between Reported Problems and Patient Summary Evaluations of Hospital Care. *QRB*, 53-59.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Walker, J. D., Gerteis, M. & Delbanco, T. L. (1993). Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. *Quality Management in Health Care*, 2 (1), 31-38.
- Cloninger, R. C. (2000). A Practical Way to Diagnose Personality Disorder: a Proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14 (2), 99-108.
- Cooper, B. (2001). Public-health psychiatry in today's Europe: scope and limitations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (4), 169-176.
- Cording, C. (1995). *Basisdokumentation und Ergebnisqualität*. In W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 173-180). Springer: Wien.
- Cording, C. (1997). Quality assurance in psychosozial rehabilitation - an evolutionary approach. *Asian Journal Psychiatry*, 5 (2), 3-11.
- Corrigan, P. W. (1989). Consumer satisfaction with institutional and community care. *Community mental health Journal*, 26, 151-165.
- Coulter, A. & Cleary, P. D. (2001). Patients' Experiences With Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20 (3), 244-252.
- Coulter, A. (2000). Citizens and Patients as Partners in Health services - An Overview of Various Methodologies to Include Citizens and Patients in Decision Making. Paper präsentiert am European Health Forum Gastein, A-Bad Hofgastein.
- Coulter, A. (2001). Public access to health information. *Issues in European Health Policy*, 5, 1-3.
- Coulter, S., Atkins, P., Bailey D., Blatt, M., Blashford, L. & Shumway, S. (1998). *Die Zufriedenheit der Patienten - ein QI-Pilotprojekt*. In P. Schroeder (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen* (S. 127-141). Bern: Huber.
- Craig, J., Patel, J., Lee-Jones, C. & Hatton, C. (2000). Psychiatric assessment wards for older adults: A qualitative evaluation of two ward models. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 721-728.
- Crawford, M. & Kessel, A. (1999). Not listening to patients -- the use and misuse of patient satisfaction studies. *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 1-6.
- Davies, T. (2001). Informed consent in psychiatric research. *British Journal of Psychiatry*, 178, 397-398.

- Dazord, A., Astolfi, F., Guisti, P., Rebetez, M.-C., Mino, A., Terra, J.-L. & Brochier, C. (1998). Quality of life assessment in psychiatry: the Subjective Quality of Life Profile (SQLP) - first results of a new instrument. *Community Mental Health Journal*, 34 (5), 525-535.
- De Girolamo, G. (2001). Der gegenwärtige Stand der psychiatrischen Versorgung in Italien. *Der Nervenarzt*, 72 (7), 511-514.
- Der Computer dolmetscht zwischen Arzt und Patient*. (13. November 2002). *Tages-Anzeiger*, 40.
- Deyo, R. A. (2001). A key medical decision maker: the patient. *BMJ*, 323, 466-467.
- Dietzen, L. & Bond, G.-R. (1993). Relationship Between Case Manager Contact and Outcome for Frequently Hospitalized Psychiatric Clients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (9), 839-843.
- Dilling, H. & Reimer, C. (1997). *Psychiatrie und Psychotherapie*. (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: o.O.
- Dittmar, N. (2002). *Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien*. Opladen: Leske + Budrich.
- Dörner, K., Egetmeyer, A. & Koenning, K. (1997). *Freispruch der Familie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Druss, B. G., Rosenheck, R. A. & Stolar, M. (1999). Patient Satisfaction and Administrative Measures as Indicators of the Quality of Mental Health Care. *Psychiatric Services*, 50 (8), 1053-1059.
- Duden (2002). *Duden - Wie schreibt man jetzt? Der Crash-Kurs zur neuen Rechtschreibung*. [On-line]. Available: <http://www.duden.de/schreibung/crashkurs.html>
- Dufrene, R. L. (2000). An evaluation of a patient satisfaction survey: validity and reliability. *Evaluation and Program Planning*, 23 (3), 293-300.
- Eich, P., Estoppey, K., Gotsmann, L., Keller, V., Schmidt, A. & Schoch M. (1999). *Information für Patientinnen und Patienten*. Psychiatrische Universitätsklinik Basel. Basel: Neue Kirschgarten.
- Elbeck, M. & Fecteau, G. (1990). Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (9), 998-1001.
- Elbeck, M. (1992). Patients contribution to the design and meaning of patient satisfaction for quality assurance purposes: the psychiatric case. *Health Care Manage Review*, 17 (1), 91-95.
- Eyers, K., Brodaty, H., Roy, K., Parker, G., Boyce, P., Wilhelm, K., Hickie, I. & Mitchell, P. (1994). Patient satisfaction with a mood disorders unit: Elements and components. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28 (2), 279-287.
- Faehndrich, E. & Smolka, M. (1998). Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. Eine Nutzerbefragung als Teil der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 25 (2), 72-75.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: Definitions and Key Issues. *Journal of Con. Psychiatry*, 56 (1), 4-8.
- Fischer, L. (1989). *Strukturen der Arbeitszufriedenheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (1996). *Qualitative Forschung*. Hamburg: Rowohlt.
- Fontana, A. & Frey, J. H. (1994). *Interviewing: The art of science*. In N. Denzin & Y. S. Lincoln (Hrsg.), o. T., o. O.
- Freeman, H. (1999). Psychiatry in the National Health Service 1948-1998. *British Journal of Psychiatry*, 175, 3-11.
- Freudenmann, R. W. & Spitzer, M. (2001). Computergestützte Patientenbefragungen als Grundlage für eine moderne Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 72 (1), 40-51.
- Frey, P. (08. Oktober 2002). Frische Küche mit sozialem Auftrag. *Tages-Anzeiger*, 11.
- Fuchs, W. (1984). *Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Gerlach, F. M. (2001). *Qualitätsförderung in Praxis und Klinik*. Stuttgart: Thieme.
- Gerteis, M. (1993). What Patients Really Want. *HMQ*, 3, 2-6.

- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco, T. (1993). *Through the patient's eyes*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2003). *Gesundheitsförderung*. [On-line]. Available: <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>
- Gill, K., Pratt, K. J. & Librera, L. A. (1998). The Effects of Consumer vs. Staff Administration on the Measurement of Consumer Satisfaction with Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 51 (4), 235-242.
- Gjerdén, P. (1997). A survey of patient satisfaction as a means of evaluating quality of care in an open psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 235-242.
- Görres, S. (1999). *Qualitätssicherung in Pflege und Medizin*. Bern: Huber.
- Gotlieb, J. B., Grewal, D. & Brown, S. W. (1994). Consumer Satisfaction and Perceived Quality: Complementary or Divergent Constructs? *Journal of Applied Psychology*, 79 (6), 875-885.
- Greenwood, N., Key, A., Burns, T., Bristow, M. & Sedgwick, P. (1999). Satisfaction with in-patient psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 174, 159-163.
- Gromann, P. (1996). "Ja, welches Konzept ist das Bessere - da mag ich mich gar nicht so drauf einlassen..." Qualitätsbeurteilung komplementärer psychiatrischer Dienste. *Die Psychotherapeutin*, 4, 42-74.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1992). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten - eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 60, 140-145.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten - Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88-95.
- Haag, D. & Bach, D. (25. April 2002). Mehr Zwang in der Psychiatrie? *Tages-Anzeiger*, 23.
- Häcker, H. & Stapf, K. (2000). *Dorsch Psychologisches Handbuch* (13. Aufl.). Bern: Huber.
- Hall, J. A., Roter, D. L., Milburn, M. A. & Daltroy, L. H. (1998). Why are Sicker Patients Less Satisfied With Their Medical Care? Tests of Two Explanatory Models. *Health Psychology*, 17 (1), 70-75.
- Hannoever, W., Dogs, C. P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit - ein Mass für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45 (5), 292-300.
- Hanselmann, F. (2002). *Konstrukt Patientenzufriedenheit*. Basel: Verein virtuelle SoziologInnen.
- Hansson, L. & Hoeglund, E. (1995). Patient satisfaction with psychiatric services: The development, reliability, and validity of two patient-satisfaction questionnaires for use in inpatient and outpatient settings. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49 (4), 257-262.
- Hansson, L. (2001). Outcome assessment in psychiatric service evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (5), 244-248.
- Hargraves, J. L., Wilson, I. B., Zaslavsky, A., James, C., Walker, J. D., Rogers, G. & Cleary, P. (2001). Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical Care*, 39 (6), 635-641.
- Harrington, R. (2001). Causal processes in development and psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 179, 93-94.
- Hermann, R. C., Ettner, S. L. & Dorwart, R. A. (1998). The influence of psychiatric disorders on patients' ratings of satisfaction with health care. *Medical Care*, 36 (5), 720-727.
- Hess, R. (2001). *Qualitätsmanagement in Spitälern*. Seminar "Zielorientierte Evaluation" von Morger/Rothenfluh, WS 00/01, Uni Zürich.
- Hinterhuber, H. & Fleischhacker, W. (1997). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Hinterhuber, H., Liensberger, D., Tasser, A., Schwitzer, J., Rizzuti, E. & Meise, U. (2001). Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien. *Der Nervenarzt*, 72 (7), 501-510.
- Hoffmann, P., Sedlak, F. & Wurzer, W. (1995). Ethikrichtlinien für klinische Psycholog(inn)en und Gesundheitspsycholog(inn)en – Berufskodex. *Psychologie in Österreich*, 2, 55-61.
- Holcomb, W. R., Parker, J. C., Leong, G. B., Thiele, J. & Higdon, J. (1998). Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 49, (7), 929-935.

- Holmes, G., Dawson, O., Beaty, J. & Newnes, C. (1998). User views of two psychiatric day hospitals. *Psychiatric Bulletin*, 22 (6), 362-364.
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S. L., Gaccione, P. & Frank, R. G. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). *The American Journal of Psychiatry*, 158 (5), 676-685.
- Howard, P. B., Clark, J. J., Rayens, M. K., Hines-Martin, V., Weaver, P. & Littrell, R. (2001). Consumer satisfaction with services in a regional psychiatric hospital: A collaborative research project in Kentucky. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15 (1), 10-23.
- Hribek, G. & Schmalen, H. (2000). Konzeptualisierung und Operationalisierung der Patientenzufriedenheit mit stationärer Versorgung. *Marketing Zeitschrift für Forschung und Praxis*, 22 (3), 208-226.
- Huonker, T. (2002). *Anstaltseinweisungen, Kindswegnahmen, Eheverbote, Sterilisationen, Kastrationen*. Zürich: Sozialdepartement der Stadt Zürich.
- Hyde, C., Harrower-Wilson, C. & Morris, J. (1998). Violence, dissatisfaction and rapid tranquillisation in psychiatric intensive care. *Psychiatric Bulletin*, 22 (8), 477-480.
- Ito, H., Shingai, N., Yamazumi, S., Sawa, Y. & Iwasaki, S. (1999). Characteristics of Nonresponders to a Patient Satisfaction Survey at Discharge from Psychiatric Hospitals. *Psychiatric Services*, 50 (3), 410-413.
- Jacob, G. & Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48 (3), 280-301.
- Jerrell, J. M. (1999). Skill, symptom, and satisfaction changes in three service models for people with psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (4), 342-348.
- Kalman, T. P. (1983). An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 34 (1), 48-54.
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J. & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a Child and Adolescent State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 52 (2), 202-207.
- Katon, W. (1995). Collaborative care: Patient Satisfaction, Outcomes, and Medical Cost-Offset. *Family Systems Medicine*, 13 (3-4), 351-365.
- Keller, F., Wolfersdorf, M., Ruppe, A. & Stieglitz, R. D. (2000). Patientenzufriedenheit mit der stationären Depressionbehandlung. *Krankenhauspsychiatrie*, 11 (1), 25-28.
- Keller, R. (17. November 2001). Mit der Psychiatrie unter die Leute gehen. *Tages-Anzeiger*, 51.
- Kenny, D. (1995). Determinants of Patient Satisfaction with the Medical Consultation. *Psychology and Health*, 10, 427-437.
- Kickbusch, I. (2003). *Gesundheitsförderung im Schnittpunkt der Moderne*. Vortrag präsentiert an der 5. Nationalen Gesundheitsförderungs-Konferenz, St. Gallen.
- Koch, C. (2002). Prassen mit Pillen. Der neue Arzneiverordnungsreport. *Stern*, 43, 207-211.
- Kocher, G. & Oggier, W. (o. J.). *Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002*. Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: o. O.
- Koivumaa-Honkanen, H.-T., Viinamäki, H., Honkanen, R., Tanskanen, A., Antikainen, R., Niskanen, L., Jääskeläinen, J. & Lehtonen, J. (1996). Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 372-378.
- Kolb, S.J., Race, K. & Seibert, J. H. (2000). Psychometric Evaluation of an Inpatient Psychiatric Care Consumer Satisfaction Survey. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27 (1), 75-86.
- Korkeila, J., Lehtinen, V., Sohlman, B. & Touri, T. (1998). Patients' expectations from their psychiatric community care in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52 (6), 513-517.
- Kraler, C. (1999). *Anwendungsorientierter Überblick zu GABEK/Winrelan*. Auszug aus Kraler, C. (1999). Schülerorientierte Didaktik im Mathematikunterricht. In J. Zelger (Hrsg.), *Projektberichte Philosophie und Verfahren kreativer Selbstorganisation*. Preprint Nr. 60.
- Kunze, H. & Priebe, S. (1998). Assessing the quality of psychiatric hospital care: a german approach. *Psychiatric Services*, 49 (6), 794-796.
- Lamnek, S. (1989). *Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken* (Band 2). München: Psychologische Verlags Union.

- Langewitz, W., Keller, A., Denz., M., Wössmer-Buntschu, B. & Kiss, A. (1995). Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PFZ): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung? *Psychotherapie Psychosomatik Psychologische Medizin*, 45, 351-357.
- Larsen, D. L., Attkisson, C., Hargreaves, W. & Nguyen T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lawrie, S. M., Scott, A. & Sharpe, M. (2001). Implementing evidence-based psychiatry: whose responsibility? *British Journal of Psychiatry*, 178, 195-196.
- Lebow, J. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91 (2), 244-259.
- Lehnert, U. (2000). *Datenanalysesystem SPSS Version 9: handlungsorientiertes und leicht verständliches Lehrbuch zur Einführung in die statistische Datenanalyse*. München: Oldenbourg.
- Leimkühler, A. & Müller, U. (1996). Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? *Der Nervenarzt*, 67, 767-773.
- Lelliott, P., Beevor, A., Hogmann, G., Hyslop, J., Lathlean, J. & Ward, M. (2001). Carers' and Users' Expectations of Services - User version (CUES-U): a new instrument to measure the experience of users of mental health service. *British Journal of Psychiatry*, 179, 67-72.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science in Medicine*, 16, 577-582.
- Lorenz, S. (2001). Praktische Durchführung der Erhebung von PoC. (Bericht). Bronschhofen: CareMetrics Consulting GmbH.
- Maisonneuve, J.-L. (2000). *Pflege ist die beste Medizin. Wenn Pflegende Patienten heilen*. Bern: Huber.
- Mängel beim fürsorglichen Freiheitsentzug*. (31. Juli 2001). *Neue Zürcher Zeitung*, 175, 13.
- Martensson, L. (1998). *The Case against Neuroleptic Drugs*. Association Ecrivains: Poètes & Cie.
- Marti, M. (2002). Schweizer Rassen-Hygiene. *Facts*, 11, 48-60.
- McClelland, R., Trimble, P., Fox, M., Stevenson, M. & Bell, B. (2000). Validation of an outcome scale for use in adult psychiatric practice. *Quality in Health Care*, 9, 98-105.
- McIntyre, K., Farrell, M. & David, A. (1989). In-patient psychiatric care: The patient's view. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 249-255.
- Mees, U. (1991). *Struktur der Emotionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mehr Personal nötig*. (19. Oktober 2002). *Tages-Anzeiger*, 11.
- Mehrbettzimmer möglich*. (22. März 2002). *Neue Zürcher Zeitung*, 68, 51.
- Meier, M. (02. September 2002). Letzter freundschaftlicher Stups in den Suizid. *Tages-Anzeiger*, 7.
- Mental Health Europe (2002). *Gesellschaftliche Eingliederung - eine Herausforderung für die Europäische Union!* Brüssel: Author.
- Mergenthaler, E. (1986). *Die Transkription von Gesprächen*. Ulmer Textbank, Ulm.
- Meric, H. (1994). The Effect of Scale Form Choice on Psychometric Properties of Patient Satisfaction Measurement. *Health Marketing Quarterly*, 11 (3-4), 27-39.
- Merinder, L., Laugesen, H. D., Viuff, A. G., Espensen, B., Misfelt, S. & Clemmensen, K. (1999). Satisfaction with services in patients with schizophrenia and their relatives at two community mental health centres. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53 (4), 297-303.
- Merton, R. K., Fiske, M. & Kendall, P. L. (1956). *The focussed interview*. Glenoe, Ill.: Free Press.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung* (S. 441-468). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Modestin, J., Hanselmann, F., Rüesch, P., Grünwald, H. & Meyer, P. (2003). Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154, 127-138.

- Morse, J. M. (1994). *Designin Funded Qualitative Research*. In N. Denzin & Y. S. Lincoln (Hrsg.), o. T., o. O.
- Moutoussis, M., Gilmour, F., Barker, D. & Orrell, M. W. (2000). Quality of care in a psychiatric out-patient department. *Journal of Mental Health*, 9 (4), 409-420.
- Müller, K. & Thielhorn, U. (2000). *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller, N. (2000). Wie sieht das psychiatrische und psychotherapeutische Krankenhaus des 21. Jahrhunderts aus? In G. Heiss (Hrsg.), *Wie krank ist unser Gesundheitswesen? Das Gesundheitswesen in Deutschland und Europa an der Schwelle zum 21. Jahrhundert* (S. 929-938). Mainz: Merz.
- Mummendey, H. D. (1987). *Die Fragebogen-Methode*. Göttingen: Hogrefe.
- Murray, E., Davis, H., Tai, S. S., Coulter, A., Gray, A. & Haines, A. (2001). Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care. *BMJ*, 323, 490-496.
- Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse. (2003). [On-line]. Available: <http://www.kiq.ch>
- Nelson, N. L. (1997). An exploratory study of treatment variables effecting treatment efficacy of adult psychiatric treatment programs at a Northwest suburban medical center. *Dissertation Abstracts International*, 57 (8-B), 5338.
- Oggier, W. (1999). *Spitalfinanzierungsmodelle für die Schweiz*. Bern: Haupt.
- Pajonk, F.-G., Grünberg, K. A. S., Paschen, H.-R. & Moecke, H. (2001). Psychiatrische Notfälle im Notarzteinsatz einer deutschen Grossstadt. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 170-174.
- Parker, G., Wright, M., Robertson, S. & Galdstone, G. (1996). The development of a patient satisfaction measure for psychiatric outpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30 (3), 343-349.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Patienteninformation: LKH-Universitätskliniken Ibk. (2002). *Patientenvertretung*. [On-line]. Available: <http://www.tilak.at/krankenhaus/innsbruck/patvertretung.html>
- Perreault, M., Paquin, G., Kennedy, S., Desmarais, J. & Tardif, H. (1999). Patients' perspective on their relatives' involvement in treatment during a short-term psychiatric hospitalisation. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 157-165.
- Pflegefall Psychiatrie*. (23./24. März 2002). *Neue Zürcher Zeitung*, 69, 45.
- Pilsz, L. W. (1997). Grundlagen der Diagnostik. *Skriptum zur Vorlesung WS 1997/1998*.
- Plank, T. (2000). *Kinder und Magnetresonanztomographie. Eine Studie zum Erfahrungswert von betroffenen Müttern*. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Innsbruck, Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie.
- Plog, U. (1999). *Psychiatrie*. In R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), *Handwörterbuch Psychologie* (S. 575-579). Weinheim: Beltz.
- Polowczyk, D., Brutus, M., Orvietto, A. A., Vidal, J. & Cipriani, D. (1993). Comparison of patient and staff surveys of consumer satisfaction. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (6), 589-591.
- Pratt, C. & Kenneth, J. G. (1996). Measuring member satisfaction in the psychiatric milieu. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (4), 29-35.
- Priami, M. & Plathi, C. (1997). The effectiveness of the mental health nursing interventions in a general hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11 (1), 56-62.
- Priebe, S. (1992). *Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Priebe, S. (1993). Ist die Bewertung einer stationären Behandlung durch depressive Patienten für den Verlauf bedeutsam? *Verhaltenstherapie*, 3, 208-212.
- Priebe, S. (1994). Bedeutung der Lebensqualität für psychiatrische Versorgung und Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 87.
- Priebe, S., Gruyters, T., Heinze, M., Hoffmann, C. & Jäkel, A. (1995). Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung - Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 22 (4), 140-144.

- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 7-12.
- Priebe, S., Kaiser, W. & Huxley, P. (1996). Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Gesundheitswesen*, 58 (1), 86-90.
- Pro Patient 16 Minuten*. (4. September 2002). *Tages-Anzeiger*, 42.
- Psychiatrische Klinik Gilead Klinikleitung*. (1997). Patientinnen und Patientenbefragung am 19.11.1997. Bielefeld.
- Ramer, P. & Rennhard, J. (1998). *Patientenrechte. Ein Ratgeber aus der Beobachter-Praxis* (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Zürich: Beobachter.
- Ramer, P. & Rennhard, J. (1998). *Patientenrechte*. Zürich: Jean Frey AG.
- Reiley, P., Pike, A., Phipps, M., Weiner, M., Miller, N., Stengrevics, S., Clark, L. & Wandel, J. (1996). Learning from patients: a discharge planning improvement project. *Journal on Quality Improvement*, 22 (5), 311-322.
- Rentrop, M., Böhm, A. & Kissling, W. (1999). Patientenzufriedenheit mit stationärer psychiatrischer Behandlung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67, 456-465.
- Rich, D. (1994). Measuring client satisfaction with psychiatric treatment. Development of an objective, criterion referenced scale. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 3 (3), 91-94.
- Richter, D., Berger, K. & Eikermann, B. (1999). Was kennzeichnet den psychiatrischen Problempatienten? *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67, 21-28.
- Rolshoven, H. & Rudel, P. (1993). *Das formelle Psychiatrische Testament: Gebrauchsanweisung und Mustertext*. In P. Lehmann & K. Kempker (Hrsg.), *Statt Psychiatrie* (S. 282-298). Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Ross, C., Steward, C. A. & Sinacore, J. M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care*, 33 (1), 392-406.
- Rost, J. (1996). *Lehrbuch Testtheorie Testkonstruktion*. Bern: Huber.
- Ruggeri, M. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfactions with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- Ruggeri, M., Dall, A. R., Bisoffi, G. & Greenfield, T. (1996). Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6 (1), 23-38.
- Ruprecht, T. (2001). Patientenerfahrungen als Qualitätsindikator – das Picker-Modell. In Satzinger, W., Trojan, A. & Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Russo, R-B., Jaffe, R. & Dagadakis, A. (1997). Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatric Services*, 48 (11), 1427-1434.
- Ryan, J., Poster, E. C., Auger, J. R., Davis, B. & Ringdahl, P. A. (1988). A comparative study of primary and team nursing models in the psychiatric care setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2 (1), 3-13.
- Salzer, M. (1998). Consumer Satisfaction. *Psychiatric Services*, 49 (12), 1622.
- Sandlund, M. & Hansson, L. (1999). Patient satisfaction in a comprehensive sectorized psychiatric service: Study of a 1-year-treated incidence cohort. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53 (4), 305-312.
- Schanda, H. (2001). Die Versorgung psychisch Kranker zur Jahrtausendwende - ein Weg in die 2-Klassen-Psychiatrie? *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 195-202.
- Schelten, A. (1997). *Testbeurteilung und Testerstellung*. Grundlagen der Teststatistik und Testtheorie für Pädagogen und Ausbilder in der Praxis. Stuttgart: Steiner.
- Schilling, C. (5. Oktober 2002). Höhere Kosten für Pillen und Pflege. *Tages-Anzeiger*, 7.

- Schmeling-Kludas, C. (2000). Bewältigungsformen, Behandlungszufriedenheit und Adaptation stationär behandelter geriatrischer Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33 (2), 134-142.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie Medizinische Psychologie*, 39, 248-255.
- Schmidt, J., Nübling, R., Lamprecht, R. & Wittmann, W. W. (1994). Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlung. Zusammenhänge mit Behandlungs- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. *Evaluation in der Psychosomatik*, 271-283.
- Schnetzler, R. (2001). Qualität in der Mental-Health-Arbeit. *Managed Care*, 8.2001, 42-43.
- Schroeder, P. (1998). *Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen*. Bern: Huber.
- Schützwohl, M. & Olbrich, R. (2000). Patientenbewertungen stationärer psychiatrischer Ergotherapie. *Psychiatrische Praxis*, 27 (8), 401-405.
- Schwarzer, W. & Trost, A. (1999). *Psychiatrie und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe*. Dortmund: Borgmann.
- Sederer, L. I., Dickey, B. & Hermann, R. C. (1996). The imperative of outcomes assessment in psychiatry. In L. I. Sederer & B. Dickey (Eds.), *Outcome assessment in clinical practice* (pp. 1-7). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Segal, S., Egle, L., Watson, M. A., Miller, L. & Goldfinger, S. M. (1995). Factors in the quality of patient evaluations in general hospital psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 46 (11), 1144-1148.
- Semmler, W. (1998). Qualitätssicherung unter teilstationären Bedingungen. *Krankenhauspsychiatrie*, 9, 120-124.
- Sheppard, M. (1993). Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 246-259.
- Shipley, K., Hilborn, B., Hansell, A., Tyrer, J. & Tyrer, P. (2000). Patient satisfaction: A valid index of quality of care in a psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (4), 330-333.
- Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S. & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Journal of Psychiatry*, 178, 497-502.
- Singh, M., Chadda, R. K. & Bapna, J. S. (2000). Users' satisfaction with psychiatry services. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78 (5), 712.
- Smedley, N. & Nesbitt, S. (2000). Measuring in-patient satisfaction: A survey of satisfactory service provision for psychiatric in-patients. *Journal of Clinical Excellence*, 1, 235-242.
- Smolka, M., Klinitz, H., Scheuring, B. & Fähndrich, E. (1997). Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten. *Nervenarzt*, 68, 888-895.
- Solomon, P. (1994). Families' view of service delivery: An empirical assessment. In H. P. Lefley & M. Wasow (Eds.), *Helping families cope with mental illness* (pp. 259-274). o. O.
- Somaini, B. (2003). *Lebensqualität und Gesundheitsförderung*. Beitrag präsentiert an der 5. Nationalen Gesundheitsförderungs-Konferenz, St. Gallen.
- Spiessl, H. & Klein, H. E. (1995). Psychiatrische Patienten beurteilen Institution und Personal. *Psycho*, 21 (10), 613-619.
- Spiessl, H. (1995). Qualitätssicherung durch Patientenbefragung. *Therapiewoche Neurologie Psychiatrie*, 9 (1-2), 46-48.
- Spiessl, H., Cording, C. & Klein, H. E. (1995). Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie*, 6 (4), 156-159.
- Spiessl, H., Kirschker, S., Spindler, P., Cording, C. & Klein, H. E. (1996). Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie*, 7, 1-5.
- Spiessl, H., Spiessl, A. & Cording, C. (1999). Die 'ideale' stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 26 (1), 3-8.
- Städler, I. (14. Mai 2002). Teurer sind nur die USA. *Tages-Anzeiger*, 9.
- Stolze, C. (2002). Pille sucht Patient. *Stern*, 39, 172-173.

- Suter, D. (05. Oktober 2002). Schutzengel und Liebesvulkane. *Tages-Anzeiger*, 10.
- Svensson, B. & Hansson, L. (1994). Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 379-384.
- Swoboda, E., Assadzadeh, M., Kühnel, B. & Waanders, R. (1997). Die Bewertung der Qualität klinisch-psychiatrischer Versorgung durch die Patienten Ergebnisse einer Patientenbefragung im Landeskrankenhaus Rankweil, Abteilung Psychiatrie I *Krankenhauspsychiatrie*, 8 (4), 147-150.
- Swoboda, E., Kühnel, B., Waanders, R. & König, P. (2000). Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie*, 11 (1), 13-24.
- Tehrani, E. S., Ewald, H. L. & Munk-Jorgensen, P. (1996). Quality of psychiatric treatment determined by patient satisfaction. *Ugeskr Laeger*, 159, 158-62.
- Terporten, D., Berndt, A., Seiffarth, H., Wiese, N., Wüstenberg, I. & Priebe, S. (1995). Die Nutzerperspektive untersucht von Nutzern psychiatrischer Einrichtungen. *Psychiatrische Praxis*, 22, 117-118.
- Thronicroft, G., Gooch, C. O'Driscoll, C. & Reda, S. (1993). The reliability of patient attitude questionnaire. *Britisch Journal of Psychiatry*, 162, 25-29.
- TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten Ges.m.b.H. (Hrsg.). (1999). *Jahresbericht 1999*. Kufstein: Druckerei Sappl.
- Tomasic, M. (1994). The relationship between treatment satisfaction and life satisfaction among chronic psychiatric patients participating in partial hospital programming. *Dissertation Abstracts International*, 54 (7), 2472.
- Trimmel, M. (1997). *Wissenschaftliches Arbeiten. Ein Leitfaden für Diplomarbeiten und Dissertationen in den Sozial- und Humanwissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der Psychologie*. Wien: Universitätsverlag.
- Twemlow, S., Bradshaw, S. L., Coyne, L. & Lerma, B. H. (1995). Some interpersonal and attitudinal factors characterizing patients satisfied with medical care. *Psychological Reports*, 77, 51-59.
- Van Dongen, C. & Jambunathan, J. (1992). Pilot study results: the psychiatric RN case manager. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30 (11), 11-14.
- Von Essen, L. & Sjöden, P. (1995). Perceived occurrence and importance of caring behaviours among patients and staff in psychiatric, medical and surgical care. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 266-276.
- Voss, W. (1997). *Praktische Statistik mit SPSS*. München: Carl Hanser Verlag.
- Watson, S. & Leathem, J. M. (1996). Methods for overcoming methodological problems in the measurement of client satisfaction in a clinical psychology practice. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3 (3), 273-288.
- Webb, Y., Clifford, P. & Graham, P. (1999). A simple method of evaluating patients' perceptions of their treatment and care. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63 (3), 401-412.
- Weston, D., Bruster, S., Lorentzon, M. & Bosanquet, N. (1995). The management of quality assurance in nursing. *Journal of Nursing Management*, 3, 229-236.
- Widiger, T. A. (2000). Personality disorders in the 21st century. *Journal of Personality Disorders*, 14 (1), 3-16.
- Williams, B., Coyle, J. & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine*, 47 (9), 1351-1359.
- Windfeld, M., Kjaerulf, M., Knudsen, H. C., Risum, S. & Hjortso, S.I. (1997). Quality assurance in an open psychiatric department. *Ugeskr Laeger*, 158, 158-62.
- Windgassen, K. (1989). *Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten*. Berlin: Springer.
- Windgassen, K., Weissen, P. H. & Schmidt, K. (1997). Vorurteile und Urteile: Die psychiatrische Konsiliaruntersuchung aus der Sicht des Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 24, 134-137.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttelmann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.

- Wolfersdorf, M., Stieglitz, R.-D., Ruppe, A., Keller, F., Hölzel, A., Stabenow, S., Schulte, N., Wassenberg-Harms, A., Schuhmann, P., Schütz, P. & Berger, M. (1997). *Projekt Qualitätssicherung Depressionsstationen/ Stationäre Depressionsbehandlung: Aspekte der externen Qualitätssicherung anhand des Vergleiches verschiedener Einrichtungen*. In V. Dittmar (Hrsg.), *Die Behandlung schizophrener Menschen* (S. 239-261). Integra: Regensburg.
- Wüthrich-Schneider, E. (1999). *Qualitätsmanagement in Spitälern*. Frankfurt am Main: pmi Verlag AG.
- Wyss, W. (1991). *Marktforschung von A-Z*. Adligenswil: DemoSCOPE.
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D. & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58 (1), 55-61.
- Zelger, J. & Maier, M. (1999). *Gabek Verarbeitung und Darstellung von Wissen*. Innsbruck: Studienverlag.
- Zelger, J. (1996). *Linguistic Knowledge Processing by GABEK. The Selection of Relevant Information from Unordered Verbal Data*. Lecture presented at the International Conference on Conceptual Knowledge Processing, TH Darmstadt, Faculty of Mathematics.
- Zimmermann, M. & Mattia, J. (2001). A self-report scale to help make psychiatric diagnoses. *Archives of General Psychiatry*, 58 (8), 787-794.
- Zöllner, H.-M. (1997). *Psychiatrie in Lebens- und Leidensgeschichten*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Anhangverzeichnis

Anhang A 1: Bestehende Messinstrumente	S. 369
Anhang A 2: Versionen des Kurzfragebogens	S. 377
Anhang A 3: Versionen des Interviewleitfadens	S. 391
Anhang A 4: Schreiben Datenaufsicht Basel-Stadt	S. 399
Anhang A 5: Informationsschreiben PUK Basel	S. 403
Anhang A 6: Einverständniserklärung für Interviews	S. 407
Anhang A 7: Gestaltenbaum seriell dargestellt	S. 411
Anhang A 8: Fragebogen-Entwurf	S. 415
Anhang A 9: Evaluationsliste	S. 433
Anhang A 10: Test-Fragebogen	S. 439
Anhang A 11: Pilot-Fragebogen	S. 455
Anhang A 12: Zürcher Fragebogen ZFB	S. 475
Anhang A 13: Übersicht Itemnummern im Vergleich	S. 481
Anhang A 14: Repräsentanz der Stichprobe	S. 487
Anhang A 15: Vergleich Respondents/Non-Respondents	S. 491
Anhang A 16: Begleitbriefe der Pilotstudie	S. 495
Anhang A 17: Boden- und Deckenwerte	S. 501
Anhang A 18: Kommentarlisten des Items 78	S. 507
Anhang A 19: Faktorenanalyse	S. 521
Anhang A 20: Der Fragebogen PZZ	S. 529
Anhang A 21: Brief einer Selbstbetroffenen	S. 545

ANHANG A 1

Bestehende Messinstrumente:

Der Zufriedenheitsfragebogen ZUF-17 - ITEMS Schmidt, Lamprecht & Wittmann (1989)

Die mit Stern (*) versehenen und kursiv geschriebenen Items sind die 8 Kurzform-Items des ZUF-8.

1. Gibt es andere Behandlungsmassnahmen, die Ihnen helfen würden, die Sie aber nicht erhalten haben?
2. **Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?*
3. Wie zufrieden sind Sie mit dem Pflegepersonal unserer Klinik?
4. **Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?*
5. **Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?*
6. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Heilbehandlungsmassnahmen?
7. **Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im grossen und ganzen?*
8. **In welchem Masse hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?*
9. Haben Sie die Atmosphäre in unserem Hause als hilfreich erlebt?
10. **Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?*
11. Konnten Sie unser Angebot an Heilmassnahmen zufriedenstellend für sich nutzen?
12. **Würden Sie einem Freund (einer Freundin) unsere Klinik empfehlen, wenn er (oder sie) eine ähnliche Hilfe benötigen würde?*
13. **Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?*
14. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Komfort unserer Klinik?
15. Wurden Sie in unserer Klinik als Mensch respektiert?
16. Hat die Person, mit der Sie hier am engsten gearbeitet haben, verstanden, was Ihnen fehlt?
17. Sie sind mit bestimmten Beschwerden in unsere Klinik gekommen. Wie steht es jetzt mit diesen Beschwerden?

Verona Expectations for Care Scale (VECS) and Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) - DIMENSIONEN Ruggeri und Dall'Agnola (1993)

- A. Overall satisfaction (3 items)
- B. Skills and behaviour (23 items)
 1. in general
 2. knowing, listening and understanding, advice
 3. team work of professionals
 4. availability of visits
 5. availability of admissions
 6. same therapist
 7. respect of patients' rights
 8. respekt of patients' will
 9. punctuality
- C. Information (5 items)
 1. disorders and therapies
 2. services offered
- D. Access (7 items)
 1. location and physical layout
 2. appointments
 3. choice of the therapist

- 4. costs
- E. Efficacy (12 items)
 - 1. in general
 - 2. coping with problems
 - 3. symptoms
 - 4. relationship with the family
 - 5. social skills
- F. Types of intervention (24 items)
 - 1. drugs
 - 2. emergency
 - 3. psychotherapy
 - 4. rehabilitation
 - 5. domiciliary care
 - 6. admissions
 - 7. housing
 - 8. recreational activities
 - 9. work
 - 10. benefits
- G. Relative's involvement (8 items)
 - 1. in general
 - 2. listening, understanding, advices
 - 3. respect of relative's will
 - 4. information

Reduktion des VSSS-82 auf fünf Dimensionen

Ruggeri et al. (1996)

- A. Professionals' Skills and Behaviour
- B. Information/Access
- C. Efficacy
- D. Types of Intervention
- E. Relative's Involvement

The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire (PCSQ) - ITEMS (Barker & Orwell, 1999)

Fünfstufige Likertskala mit den Ausprägungen „strongly agree; agree; uncertain; disagree; strongly disagree“

- 2. I am satisfied with the care I get here.
- 3. I do have a say in the treatment I receive here.
- 4. In general, psychiatrists are not good at communicating with patients.
- 5. Overall, we have a good psychiatric service.
- 6. There are many things about my treatment here that could be improved.
- 7. The psychiatrists here know what they are doing.
- 8. Most psychiatric doctors do not listen carefully to what patients say to them.
- 9. It is hard to see a doctor here when I need to.
- 10. There are hardly any useful treatments for people with mental health problems.
- 11. Psychiatric doctors always think they know best.
- 12. Psychiatrists depend on pills and drugs too much for treating patients.
- 13. The doctors here have explained my treatment clearly to me.
- 14. Psychiatric help is improving all the time.
- 15. Doctors here use too many technical terms.
- 16. Psychiatric doctors are better trained than ever before.
- 17. It is difficult to talk to the doctors here about your problems.
- 18. The help available for mental health problems is not good enough.
- 19. Psychiatric doctors here are caring towards their patients.

Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF) - ITEMS
Langewitz et al. (1995)

Fünfstufige Likertskala mit den Ausprägungen „Behauptung sehr zutreffend“ bis „Behauptung trifft gar nicht zu“

1. Dieser Arzt hat mich freundlich behandelt.
2. Ich habe gewisse Zweifel über die Fähigkeiten dieses Arztes.
3. Dieser Arzt wirkte kühl und unpersönlich.
4. Dieser Arzt hat sein Bestes getan, um mich nicht zu beunruhigen.
5. Dieser Arzt hat mich so sorgfältig untersucht, wie es notwendig war.
6. Dieser Arzt hätte mich rücksichtsvoller behandeln sollen.
7. Ich habe gewisse Zweifel über die von diesem Arzt empfohlene Behandlung.
8. Dieser Arzt wirkte sehr kompetent und erfahren.
9. Dieser Arzt schien ein echtes und persönliches Interesse an mir zu haben.
10. Dieser Arzt hat mich mit vielen unbeantworteten Fragen über meinen Zustand und die notwendigen Behandlungen zurückgelassen.
11. Dieser Arzt verwendete Fachausdrücke, die ich nicht verstanden habe.
12. Ich habe großes Vertrauen in diesen Arzt.
13. Ich habe das Gefühl, dass ich diesem Arzt sehr persönliche Probleme hätte anvertrauen können.
14. Ich habe mich nicht getraut, diesem Arzt Fragen zu stellen.

Carers' and Users' Expectations of Service – User version (CUES-U) - BEREICHE
Lelliott et al. (2001)

1. Where you live
2. Money
3. Help with finances
4. How you spend your day
5. Family and friends
6. Social life
7. Information and advice
8. Access to mental services
9. Choice of mental health services
10. Relationships with mental health workers
11. Consultation and control
12. Advocacy
13. Stigma and discrimination
14. Your medication/drug treatment
15. Access to physical health services
16. Relationships with physical health workers
17. Other issues

Perception of Care (PoC-18) - ITEMS
Eisen (1997; zit. nach Lorenz, 2001)

1. Hat Ihnen das Personal Informationen über die Abläufe und Regeln auf Ihrer Behandlungsstation gegeben?
2. Hat Ihnen das Personal Informationen über Ihre Rechte als Patient gegeben?
3. Wurden Sie von Ihren Ärzten und Pflegepersonen über die Vorteile und die Risiken der Medikamente aufgeklärt, die Sie einnehmen?
4. Hat man Ihnen alles in einer Art und Weise erklärt, die Sie verstehen konnten?
5. Waren Sie an der Behandlungsentscheidungen ausreichend beteiligt?
6. Hat das Personal Ihre Familie genug mit einbezogen?

7. Hat Ihnen das Personal gut zugehört?
8. Hat das Personal bei Ihrer Behandlung gut als Team zusammengearbeitet?
9. Hat das Personal genug Zeit mit Ihnen verbracht?
10. Hat das Personal Sie mit Respekt und unter Beachtung Ihrer Würde behandelt?
11. Hat das Personal Sie unterstützt und bestärkt?
12. Hat das Personal mit Ihnen einen Plan für die Nachsorge nach dem Austritt erarbeitet?
13. Hat man Ihnen gesagt, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie nach dem Austritt in eine Notlage kommen?
14. Hat Ihnen das Personal Selbsthilfegruppen oder Patientengruppen genannt?
15. Hat Ihnen das Personal Informationen über die Verhütung von Rückfällen gegeben?
16. Wie sehr hat Ihnen die Behandlung, die Sie hier bisher erhalten haben, geholfen?
17. Wie ist Ihr Gesamturteil über die Behandlung und Betreuung, die Sie in unserem Hause erhalten haben?
18. Würden Sie die Klinik einem Verwandten oder Freund, der psychiatrische oder suchtmedizinische Hilfe braucht, empfehlen wollen?

Kentucky Consumer Satisfaction Instrument (KY-CSI) – FAKTOREN UND ITEMS
Howard et al. (2001)

Environment:

- Did you feel safe?
- Did staff explain your rights as a patient?
- Was the unit clean/comfortable?
- Did you have opportunities for privacy?
- If physically ill, did you receive care promptly?
- Were other physical needs met?

Affiliation/esteem:

- Were you comfortable talking to staff about your problems?
- Did you feel staff were available/willing to discuss problems?
- Did you understand what was expected of you?
- Did you feel you were treated with respect?
- Did you receive the time/attention needed to help you get better?
- Were you able to easily contact friends/family?
- Do you feel better about yourself as a result of treatment?

Growth/self-actualization:

- Did you understand the treatment plan?
- Were you asked what you thought would help in your treatment?
- If you were on medications, were you taught about your medications by a staff member?
- Did you have opportunities to talk to other patients?
- Were the people with whom you live included in discharge planning?
- If you had a goal for yourself, did your stay in the hospital help with the goal?

External Patient Satisfaction Survey (EPSS) - FAKTOREN UND ITEMS Dufrene (2000)

Drei- bis fünfstufige Likertskala

Factor 1: Physician's care (5 items)

- Doctor: the courtesy and friendliness shown toward you?
- Doctor: the explanation concerning the tests and treatment you received?
- Doctor: overall, how would you rate the quality of doctor care you received during your hospital stay?
- Doctor: being able to see you when need?
- Hospital: would you rate the overall ability of the doctors, nurses, and staff to work together in an organized manner as.

Factor 2: Nursing care (6 items)

- Nursing: the Second Shift?
- Nursing: the Third Shift?
- Nursing: the First Shift?
- Nursing: overall, how would you rate the quality of nursing?
- Nursing: their courtesy and friendliness shown toward you?
- Nursing: their promptness in responding to your calls?

Factor 3: Performance of service (8 items)

- Hospital: the hospital on performing your scheduled tests or procedures on time?
- The overall cleanliness of rooms and hallways?
- How would you rate your satisfaction with the instructions for care at home?
- Hospital: would you rate your overall satisfaction with pain management by the hospital staff.
- How would you rate your overall satisfaction with the billing process.
- Hospital: the care and concern shown to you by all hospital employees.
- Nursing: their explanation concerning the tests and treatment received.
- Overall quality of food.

Factor 4: Complaint management (2 items)

- Were your complaints handled or resolved in a timely courteous manner?
- While in hospital, did you voice any complaints?

Factor 5: General quality assessment (2 items)

- Hospital: would you describe the overall quality of care provided at the medical center as.
- Nursing: overall, how would you rate the quality of nursing?

Factor 6: Care and concern (5 items)

- Hospital: the care and concern shown to you by all hospital employees?
- Hospital: the hospital on performing your scheduled tests or procedures on time?
- Nursing: their courtesy and friendliness shown towards you?
- Nursing: overall, how would you rate the quality of nursing?
- Hospital: would you rate the overall ability of the doctors, nurses, and staff to work together in an organized manner as.

Münsterlinger-Fragebogen - ITEMS Psychiatrische Klinik Münsterlingen (Dr. Ulrike Borst)

Siebenstufige Likertskala mit den Ausprägungen:

„Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“

1. Die Besuchszeiten waren für meine Begriffe zu kurz.
2. Das Zusammenleben von RaucherInnen und NichtraucherInnen war gut gelöst.
3. Das Wesen meiner Krankheit wurde mir erklärt.

4. Ich war über die An- und Abwesenheit der mir wichtigen StationsmitarbeiterInnen /meiner Bezugsperson nicht genügend informiert.
5. Von meiner Bezugsperson wurde ich gut betreut.
6. Ich hatte viel Gelegenheit, mich zurückzuziehen.
7. Ich wurde mit vielen unbeantworteten Fragen über meinen Zustand allein gelassen.
8. Bei der Therapieplanung konnte ich genügend Einfluss nehmen.
9. Der jeweilige Tagesablauf auf der Station war mir nicht klar.
10. Die Essenszeiten entsprachen meinen Bedürfnissen.
11. Bei der Auswahl meiner Therapien konnte ich nicht genügend Einfluss nehmen.
12. Ich wusste nicht, an wen ich mich hätte wenden können, um mich zu beschweren.
13. Meine Bewegungsfreiheit wurde unnötig eingeschränkt.
14. Die Wirkungen der Medikamente und mögliche Nebenwirkungen wurden mir unzureichend erklärt.
15. Ich wurde bei der Wahl der Medikamente miteinbezogen.
16. Meine Meinung bei der Dosierung meiner Medikamente wurde nicht berücksichtigt.
17. Die Mitpatienten/Mitpatientinnen auf meiner Station haben mich gestört.
18. Ich fühlte mich vom Klinikpersonal immer respektvoll behandelt.
19. Wie hilfreich empfanden Sie die Zusammenarbeit mit ... Ihrem Arzt/Psychologen /therapeutischen Leiter; Ihrer Bezugsperson; dem Sozialarbeiter; Ihren weiteren Therapeuten (Bewegungs-, Gestaltungs-, Musik- und/oder Physiotherapie)?
20. Ich hatte genügend Gelegenheit zum Gespräch mit ... meinem Arzt/Psychologen/therapeutischen Leiter; meiner Bezugsperson; meiner Sozialarbeiterin; weiteren Therapeuten (Bewegungs-, Gestaltungs-, Musik- und/oder Physiotherapie).
21. Ich fühlte mich mit meinen körperlichen Beschwerden medizinisch gut betreut.
22. Als ich dringend Hilfe des Pflegepersonals brauchte, war sofort jemand erreichbar.
23. Das Personal verwendete Fachausdrücke, die ich nicht verstand.
24. Die Verpflegung war zu meiner vollen Zufriedenheit.
25. Ich hatte zu wenig Gelegenheit, mich zurückzuziehen.
26. Ich traute mich nicht, meinem Therapeuten/meiner Therapeutin Fragen zu stellen.
27. Wie bewerten Sie die Cafeteria? Ausprägung „sehr schlecht“ bis „sehr gut“.
28. Wie bewerten Sie die Hausordnung auf Ihrer Station? Ausprägung „sehr schlecht“ bis „sehr gut“.
29. Wie bewerten Sie die Atmosphäre in der Klinik? Ausprägung „sehr schlecht“ bis „sehr gut“.
30. Die Zusammenarbeit zwischen meinen Angehörigen bzw. meinem Partner/meiner Partnerin und dem betreuenden Personal empfand ich als hilfreich.
31. Meine Angehörigen bzw. mein Partner/meine Partnerin und ich wurden über die Angebote von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen unzureichend informiert.
32. Ich habe den Eindruck, dass meine Angehörigen bzw. mein Partner/meine Partnerin jetzt besser verstehen, was mir passiert ist.
33. Ich weiss, an wen ich mich im Falle einer erneuten Krise wenden kann.
34. Meine Nachbetreuung war nicht genügend organisiert.
35. Wie beurteilen Sie aus jetziger Sicht den Zeitpunkt Ihrer Entlassung? Antwortmöglichkeiten: Ich wurde zu früh entlassen; ich wurde zum richtigen Zeitpunkt entlassen; ich wurde zu spät entlassen.
36. Wie fanden Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung? Ausprägung „sehr schlecht“ bis „sehr gut“.
37. Offene Frage mit Anbringungsmöglichkeit von Verbesserungsvorschlägen und Kritik.
38. Ich war insgesamt mit dem Aufenthalt in der Klinik... Ausprägung „zufrieden“ bis „unzufrieden“.
39. Ich würde diese Klinik weiterempfehlen.

ANHANG A 2

KURZFRAGEBOGEN PATIENT/IN

Intern: Codename:

Intern: Codenummer:

Ort, Datum:

Name des Spitals

Name des Patienten (freiwillig)

Ich bin...

- ☐ 1 eine Frau
- ☐ 2 ein Mann

Ich bin _____ Jahre alt.

Ich bin auf folgender Station aufgenommen:

Ich bin in psychiatrischer Behandlung wegen..

- ☐ 1 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ☐ 2 Affektive Störungen
- ☐ 3 Organische Störungen
- ☐ 4 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- ☐ 5 Psychosomatik, Neurosen
- ☐ 6 Suchtproblematik
- ☐ 7 Sexualstörungen
- ☐ 8 Altersspezifische Störungen (Demenz, etc.)
- ☐ 9 Anderes _____

Mein jetziger stationärer Aufenthalt beträgt...

- ☐ 1 0-5 Tagen
- ☐ 2 6-14 Tagen
- ☐ 3 15-21 Tage
- ☐ 4 mehr als 3 Wochen

In den letzten 6 Monaten bin ich ins psychiatrische Spital eingetreten...

- ☐ 1 Einmal
- ☐ 2 Mehr als einmal

Ich war noch nie auf einer geschlossenen Station.

- ☐ 1 ja
- ☐ 2 nein

Ich habe täglichen Kontakt mit den Mitpatienten...

- ☐ 1 1-4 Stunden
- ☐ 2 5-7 Stunden
- ☐ 3 den ganzen Tag

Ich bin gerne bereit, den Pilot-Fragebogen in einem Interview zu testen.

- ☐ 1 Ja,
bitte rufen Sie mich an unter Tel. _____
- ☐ 2 Nein

KURZFRAGEBOGEN EXPERTEN

Intern: Codename:

Intern: Codenummer:

Ort, Datum:

Name und Anschrift des Spitals

Bereiche der psychiatrischen Klinik

- ☐ 1 Akutpsychiatrie einschliesslich Notfallaufnahmen, geschlossene Abteilungen
- ☐ 2 Allgemeine Psychiatrie mit Rehabilitationspsychiatrie
- ☐ 3 Gerontopsychiatrie einschliesslich Angehörigenkontakte
- ☐ 4 Suchtprogramme
- ☐ 5 Psychotherapie
- ☐ 6 Forensische Dienste
- ☐ 7 Stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste
- ☐ 8 Andere Bereiche

Anzahl Betten

Vollständiger Name (inkl. akademischer Titel) des Experten (**freiwillig**)

Ich fungiere im Spital / in der Klinik als

Meine Berufserfahrung als Psychiater beträgt

- ☐ 1 0-5 Jahre
- ☐ 2 6-10 Jahre
- ☐ 3 11-15 Jahre
- ☐ 4 über 15 Jahre

Der Schwerpunkt meiner Arbeitstätigkeit als Psychiater liegt auf dem Gebiet

- ☐ 1 Akutpsychiatrie
- ☐ 2 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ☐ 3 Affektive Störungen
- ☐ 4 Organische Störungen
- ☐ 5 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- ☐ 6 Psychosomatik, Neurosen
- ☐ 7 Rehabilitationspsychiatrie
- ☐ 8 Gerontopsychiatrie
- ☐ 9 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ☐ 10 Sozialpsychiatrie
- ☐ 11 Suchtprogramme
- ☐ 12 Psychotherapie
- ☐ 13 Forensisches Gebiet
- ☐ 14 Anderes Gebiet _____

Publikationen von mir wurden veröffentlicht

- ☐ 1 Keine Publikationen
- ☐ 2 Ja, folgende

Ich übe eine Lehrtätigkeit aus

- ☐ 1 Nein
- ☐ 2 Ja, folgende

Sie können mich bezüglich des qualitativen Teils der Pilotstudie (Interviews mit Klinikpersonal und Patienten-Fokusgruppen) zur Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit an psychiatrischen Kliniken gerne kontaktieren

- ☐ 1 Ja
- ☐ 2 Ich möchte gerne nähere Informationen
- ☐ 3 Nein

Ich bin an der Teilnahme am quantitativen Teil der Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit an psychiatrischen Kliniken interessiert

- ☐ 1 Ja
- ☐ 2 Ich möchte gerne nähere Informationen
- ☐ 3 Nein

Ich habe Interesse am entwickelten Fragebogen zur Messung der Patienten-zufriedenheit in psychiatrischen Kliniken

- ☐ 1 Ja
- ☐ 2 Ich möchte gerne nähere Informationen
- ☐ 3 Nein

Es gibt bereits Zufriedenheitsmessungen in der psychiatrischen Klinik

- ☐ 1 Nein
- ☐ 2 Ja, mit folgendem Messinstrument

Ich bin gerne bereit, den Pilot-Fragebogen in einer Vorstufe zu sichten.

- ☐ 1 Ja
- ☐ 2 Nein

KURZFRAGEBOGEN MANAGEMENT

Intern: Codename:

Intern: Codenummer:

Ort, Datum:

Name und Anschrift des Spitals

Bereiche der psychiatrischen Klinik

- ☐ 1 Akutpsychiatrie einschliesslich Notfallaufnahmen, geschlossene Abteilungen
- ☐ 2 Allgemeine Psychiatrie mit Rehabilitationspsychiatrie
- ☐ 3 Gerontopsychiatrie einschliesslich Angehörigenkontakte
- ☐ 4 Suchtprogramme
- ☐ 5 Psychotherapie
- ☐ 6 Forensische Dienste
- ☐ 7 Stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste
- ☐ 8 Andere Bereiche

Anzahl Betten

Vollständiger Name der Qualitätsmanagerin (freiwillig) inkl. Berufsbezeichnung

Ich arbeite im Spital / in der Klinik als (Berufsbezeichnung/Funktion/Stellung)

Meine Berufserfahrung als Qualitätsmanagerin in der Psychiatrie beträgt

- ☐ 1 0-5 Jahre
- ☐ 2 6-10 Jahre
- ☐ 3 11-15 Jahre
- ☐ 4 über 15 Jahre

Ich arbeite auf dem Gebiet der (mehrere Antworten möglich)

- ☐ 1 Akutpsychiatrie
- ☐ 2 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ☐ 3 Affektive Störungen
- ☐ 4 Organische Störungen
- ☐ 5 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- ☐ 6 Psychosomatik, Neurosen
- ☐ 7 Rehabilitationspsychiatrie
- ☐ 8 Gerontopsychiatrie
- ☐ 9 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ☐ 10 Sozialpsychiatrie
- ☐ 11 Suchtprogramme
- ☐ 12 Psychotherapie
- ☐ 13 Forensisches Gebiet
- ☐ 14 Anderes Gebiet _____

Ich bin gerne bereit, den Pilot-Fragebogen in einer Vorstufe zu sichten.

- ☐ 1 Ja
- ☐ 2 Nein

KURZFRAGEBOGEN PERSONAL

Intern: Codename:

Intern: Codenummer:

Ort, Datum:

Name und Anschrift des Spitals

Bereiche der psychiatrischen Klinik

- ☐ 1 Akutpsychiatrie einschliesslich Notfallaufnahmen, geschlossene Abteilungen
- ☐ 2 Allgemeine Psychiatrie mit Rehabilitationspsychiatrie
- ☐ 3 Gerontopsychiatrie einschliesslich Angehörigenkontakte
- ☐ 4 Suchtprogramme
- ☐ 5 Psychotherapie
- ☐ 6 Forensische Dienste
- ☐ 7 Stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste
- ☐ 8 Andere Bereiche

Anzahl Betten

Vollständiger Name der Pflegeperson (freiwillig) inkl. Berufsbezeichnung

Ich arbeite im Spital / in der Klinik als (Berufsbezeichnung/Funktion/Stellung)

- im Umfang
- ☐ 1 Vollzeit
 - ☐ 2 Teilzeit
 - ☐ 3 Aushilfe

Meine Berufserfahrung als Pflegeperson in der Psychiatrie beträgt

- ☐ 1 0-5 Jahre
- ☐ 2 6-10 Jahre
- ☐ 3 11-15 Jahre
- ☐ 4 über 15 Jahre

Ich arbeite auf dem Gebiet der (mehrere Antworten möglich)

- ☐ 1 Akutpsychiatrie
- ☐ 2 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ☐ 3 Affektive Störungen
- ☐ 4 Organische Störungen
- ☐ 5 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- ☐ 6 Psychosomatik, Neurosen
- ☐ 7 Rehabilitationspsychiatrie
- ☐ 8 Gerontopsychiatrie
- ☐ 9 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ☐ 10 Sozialpsychiatrie
- ☐ 11 Suchtprogramme
- ☐ 12 Psychotherapie
- ☐ 13 Forensisches Gebiet
- ☐ 14 Anderes Gebiet _____

Ich betreue durchschnittlich jährlich

- ☐ 1 0-20 Patienten
- ☐ 2 20-50 Patienten
- ☐ 3 50-100 Patienten
- ☐ 4 über 100 Patienten

Ich verbringe täglich _____ Stunden mit durchschnittlich _____ Patienten.

Ich bin gerne bereit, den Pilot-Fragebogen in einer Vorstufe zu sichten.

- ☐ 1 Ja
- ☐ 2 Nein

KURZFRAGEBOGEN EXPERTEN (Verein)

Intern: Codename:

Intern: Codenummer:

Ort, Datum:

Name und Anschrift des Vereins

Klienten/Mitglieder stammen aus folgenden Bereichen:

- ☐ 1 Akutpsychiatrie einschliesslich Notfallaufnahmen, geschlossene Abteilungen
- ☐ 2 Allgemeine Psychiatrie mit Rehabilitationspsychiatrie
- ☐ 3 Gerontopsychiatrie einschliesslich Angehörigenkontakte
- ☐ 4 Suchtprogramme
- ☐ 5 Psychotherapie
- ☐ 6 Forensische Bereiche
- ☐ 7 Stationäre, teilstationäre und ambulante Bereiche
- ☐ 8 Andere Bereiche

- ☐ 9 Alle Bereiche

Anzahl Mitglieder

Vollständiger Name (inkl. akademischer Titel) des Experten (freiwillig)

Ich fungiere im Verein als

Meine Berufserfahrung als Experte beträgt

- ☐ 1 0-5 Jahre
- ☐ 2 6-10 Jahre
- ☐ 3 11-15 Jahre
- ☐ 4 über 15 Jahre

Der Schwerpunkt meiner Arbeitstätigkeit als Experte liegt auf dem Gebiet

- ☐ 1 Akutpsychiatrie
- ☐ 2 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ☐ 3 Affektive Störungen
- ☐ 4 Organische Störungen
- ☐ 5 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- ☐ 6 Psychosomatik, Neurosen
- ☐ 7 Rehabilitationspsychiatrie
- ☐ 8 Gerontopsychiatrie
- ☐ 9 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ☐ 10 Sozialpsychiatrie
- ☐ 11 Suchtprogramme
- ☐ 12 Psychotherapie
- ☐ 13 Forensisches Gebiet
- ☐ 14 Anderes Gebiet _____

Publikationen von mir wurden veröffentlicht

- ☐ 1 Keine Publikationen
- ☐ 2 Ja, folgende

Ich übe eine Lehrtätigkeit aus

- ☐ 1 Nein
- ☐ 2 Ja, folgende

KURZFRAGEBOGEN Evaluationsteilnehmer

Ort, Datum:

Name des Teilnehmers (freiwillig)

Ich bin...

- ☐ 1 eine Frau
- ☐ 2 ein Mann

Ich bin _____ Jahre alt.

Wenn Sie Selbstbetroffene/r sind...

Ich bin/war in psychiatrischer Behandlung wegen..

- ☐ 1 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ☐ 2 Affektive Störungen
- ☐ 3 Organische Störungen
- ☐ 4 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- ☐ 5 Psychosomatik, Neurosen
- ☐ 6 Suchtproblematik
- ☐ 7 Sexualstörungen
- ☐ 8 Altersspezifische Störungen (Demenz, etc.)
- ☐ 9 Anderes _____

Mein längster stationärer Aufenthalt betrug...

- ☐ 1 0-5 Tagen
- ☐ 2 6-14 Tagen
- ☐ 3 15-21 Tage
- ☐ 4 mehr als 3 Wochen

In den letzten 6 Monaten bin ich ins psychiatrische Spital eingetreten...

- ☐ 1 Einmal
- ☐ 2 Mehr als einmal

Ich war noch nie auf einer geschlossenen Station.

- ☐ 1 ja
- ☐ 2 nein

Ich hatte täglichen Kontakt mit den Mitpatienten...

- ☐ 1 1-4 Stunden
- ☐ 2 5-7 Stunden
- ☐ 3 den ganzen Tag

Wenn Sie Angehörige/r eines/r Selbstbetroffene/r sind...

Ich bin mit dem/der Selbstbetroffenen wie folgt verwandt/bekannt:

- ☐ 1 Eltern
- ☐ 2 Ehemann/Ehefrau/Lebenspartner
- ☐ 3 Geschwister
- ☐ 4 Nähere Verwandten
- ☐ 5 Freundeskreis
- ☐ 6 Anderes _____

Mein/e Angehörige/r ist/war in psychiatrischer Behandlung wegen..

- ☐ 1 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ☐ 2 Affektive Störungen
- ☐ 3 Organische Störungen
- ☐ 4 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- ☐ 5 Psychosomatik, Neurosen
- ☐ 6 Suchtproblematik
- ☐ 7 Sexualstörungen
- ☐ 8 Altersspezifische Störungen (Demenz, etc.)
- ☐ 9 Anderes _____

Sein/Ihr längster stationärer Aufenthalt betrug...

- ☐ 1 0-5 Tagen
- ☐ 2 6-14 Tagen
- ☐ 3 15-21 Tage
- ☐ 4 mehr als 3 Wochen

In den letzten 6 Monaten ist er/sie ins psychiatrische Spital eingetreten...

- ☐ 1 Einmal
- ☐ 2 Mehr als einmal

Er/sie war noch nie auf einer geschlossenen Station.

- ☐ 1 ja
- ☐ 2 nein

ANHANG A 3

INTERVIEWLEITFADEN Gruppendiskussion Patienten

Vorstellung der Teilnehmer (anonym), Dauer des Aufenthaltes, wer will: Angabe des Grundes für den Aufenthalt.

Wie erleben die Teilnehmer ihren Aufenthalt in der Klinik?

Wie empfinden die Teilnehmer den **Aufnahmeprozess im Spital**? War der Prozess zu kompliziert? Wussten sie, an wen sie sich wenden konnten, wenn sie Fragen hatten? (Achtung auf Zwangseinweisungen!)

Wie schaut die **Tagesstruktur** aus? Wie empfinden die Teilnehmer die Struktur im Spital? Zu eng, zu lasch? Wie schaut das Freizeitangebot aus? Ist es befriedigend?

Wie wird über die **Krankheit aufgeklärt**? Einzelgespräche, Gruppengespräche? Wie gut empfinden die Teilnehmer, dass sie aufgeklärt, informiert worden sind? Kennen sie eine Kontaktperson bei Fragen?

Behandlung: Haben die Teilnehmer das Gefühl, dass ihnen im Spital, auf der Station mit **Respekt** begegnet wird? Wie sieht es mit der Eigenverantwortung aus? Wo und wie spiegelt sich die **Eigenverantwortung** (Medikamente selber holen, Bett selber machen, etc.)?

Wissen die Teilnehmer, an wen sie sich wenden können bei **Ängsten, Sorgen, Beschwerden**?

In welchem Ausmass ist eine **Mitbestimmung** von seiten des Patienten im therapeutischen Prozess gegeben?

Wie sieht der **Kontakt zu dem Mitpatienten** aus? Wo und wie ergeben sich Probleme? Ist ein Bedürfnis für Rückzug gegeben? Wenn ja, wird es erfüllt im Spital?

Werden die **Angehörigen** im ausreichenden Masse einbezogen oder wünschen sich die Teilnehmer eher eine Abgrenzung?

Bei mehrfachhospitalisierten Teilnehmern: Werden die Teilnehmer auf den **Austritt aus dem Spital** genügend vorbereitet? Was für Massnahmen, Hilfestellungen werden gegeben? Wenn nein, was war problematisch? Was für Verbesserungen schlagen sie konkret vor?

Wurde genügend über **die Medikamente** und deren Nebenwirkungen aufgeklärt, auch über alte/neue Medikamente?

Wie sind die Bedürfnisse bezüglich **Hotellerie** (Zimmereinrichtung, -sauberkeit, -temperatur, etc.), **Mahlzeiten** (Qualität, Präsentation, etc.: Achtung: orale Komponente!) und **Infrastruktur**?

Verbesserungsvorschläge? Wie schaut idealer Aufenthalt aus? Was sollte unbedingt erfüllt sein (egal, ob es in der Klinik erfüllt ist oder nicht)?

INTERVIEWLEITFADEN PERSONAL

Schilderung des **Arbeitsalltags (Einstieg)**

Mit welcher **Patientengruppe** hat die Schwester/der Pfleger am ehesten Kontakt?

Was sind die **Hauptschwierigkeiten** im Umgang mit psychiatrischen Patienten? Wie wird mit zwangseingewiesenen Patienten umgegangen?

Wie schaut der **Tagesablauf** der Schwester/des Pflegers auf der Station aus? Wie schaut die **Entlassung und die Nachbetreuung** aus?

Muss die Schwester/der Pfleger dem Patienten **Informationen** geben? Wenn ja, welche und zu welchem Zeitpunkt? Wie schaut diese Informationsvermittlung aus?

Thematik **Psychopharmaka**: Wie gestaltet sich die Einnahme der Psychopharmaka? Wie findet Aufklärung, Information statt? Bei Zwangsmedikation? Wie weit findet Miteinbezugnahme des Patienten statt?

Wie denkt die Schwester/der Pfleger ist der „**Behandlungserfolg**“ bei psychiatrischen Patienten messbar?

Welche Patientengruppe gehört für eine Zufriedenheitsbefragung unbedingt **ausgeschlossen**? Warum?

- in Bezug auf die Diagnose
- in Bezug auf die Dauer des stationären Aufenthaltes
- in Bezug auf das Alter
- in Bezug auf Zwangsbehandlungen (Zwangsbehandelte Patienten sind Menschen, die mit fürsorgerischem Freiheitsentzug eingewiesen und/oder gegen ihren Willen medikamentös behandelt, isoliert, fixiert oder zurückbehalten worden sind.)

Wann sollen die Patienten bezüglich der Zufriedenheit befragt werden? Während Aufenthalt, bei Entlassung oder nach Entlassung?

Was meint die Schwester/der Pfleger **ist für die Patienten wichtig**? Was hat den höchsten Stellenwert bei den Patienten?

Wie würde die Schwester/der Pfleger die **Zufriedenheit der Patienten messen**? Ist so eine Messung überhaupt sinnvoll? Was sind die Probleme?

INTERVIEWLEITFADEN PERSONAL / QUALITÄTSMANAGEMENT - Gruppe

Kurze **Vorstellungsrunde** (Name, Beruf: kurze Schilderung der Haupttätigkeit)

Brainstorming: Was sehen Sie ganz generell als **Hauptschwierigkeiten in der Umsetzung einer Patientenbefragung** an? Mit welchen Widerständen muss gerechnet werden, sowohl von seiten des Personal als auch von seiten des Patienten aus? Welche Lösungsmöglichkeiten ergeben sich?

Bezüglich des Patienten: Was denken Sie, ist **dem Patienten wichtig** im Aufenthalt auf der Klinik? Was gestaltet sich für ihn besonders schwierig oder unangenehm? Was kann man verbessern? (Rückzugsmöglichkeit; Selbstbestimmung; etc.)

Würden Sie bei einer Patientenzufriedenheitsbefragung:

Patientengruppen ausschliessen (z.B. Demente)? Alter als Problem?

Zeitpunkt der Befragung: bei/nach Entlassung; während Aufenthalt?

Zwangsbehandlungen ausschliessen?

Dauer des stationären Aufenthaltes?

Welche für Sie **wichtigen Bereiche würden Sie selbst in einer Patientenbefragung** über die Zufriedenheit Ihrer Kunden abfragen?

GENERELLE BETREUUNG:

Mit welcher **Patientengruppe** haben Sie am ehesten Kontakt?

Was sind die **Hauptschwierigkeiten** im Umgang mit psychiatrischen Patienten? Wie wird mit zwangseingewiesenen Patienten umgegangen?

Wie schaut generell der **Tagesablauf** einer Schwester/des Pflegers auf der Station aus?

Wie schaut die **Entlassung und die Nachbetreuung** aus?

Geben Sie dem Patienten **Informationen**? Wenn ja, welche und zu welchem Zeitpunkt?

Wie schaut diese Informationsvermittlung aus?

Thematik **Psychopharmaka**: Wie gestaltet sich die Einnahme der Psychopharmaka?

Wie findet Aufklärung, Information statt? Bei Zwangsmedikation? Wie weit findet Miteinbezugnahme des Patienten statt

Wie denkt die Schwester/der Pfleger ist der „**Behandlungserfolg**“ bei psychiatrischen Patienten messbar?

INTERVIEWLEITFADEN EXPERTEN

Beschreibung eines Berufsalltags des Experten (Einstieg)

Ausschluss- bzw. Einschlusskriterien

Welche Ausschluss bzw. Einschlusskriterien für die Patientenzufriedenheitsmessung schlägt der Experte vor...

- in Bezug auf die Diagnose
- in Bezug auf die Dauer des stationären Aufenthaltes
- in Bezug auf das Alter
- in Bezug auf Zwangsbehandlungen (Zwangsbehandelte Patienten sind Menschen, die mit fürsorgerischem Freiheitsentzug eingewiesen und/oder gegen ihren Willen medikamentös behandelt, isoliert, fixiert oder zurückbehalten worden sind.)

Wie sieht Experte die Gefahr der „Messung der Krankheit“ anstelle „Messung der Patientenzufriedenheit“? Wie kann die Symptomatik die Zufriedenheit direkt bzw. indirekt beeinflussen? Gefahr: Fragebogen als „Spiegel“ der Krankheit

Information

Was für Informationen bekommt welcher Patient? Zu welchem Zeitpunkt? In welcher Form (schriftlich, mündlich)?

Findet bei Zwangseinweisungen und/oder kognitiver Beeinträchtigung eine Information der Angehörigen statt? Wenn ja, wie? Wenn nein, wie wird Patient informiert?

Thematik Psychopharmaka: Wie findet Aufklärung, Information statt? Bei Zwangsmedikation? Wie weit findet Miteinbezugnahme des Patienten statt?

Studien in psychiatrischen Kliniken belegen: Positive Beurteilung der erhaltenen Information korrelierte mit der Einsicht zur Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung. Stimmt Experte zu? (Verschiedene Studien, u.a. auch in psychiatrischen Spitälern, berichten von Diskrepanz zwischen Informationsvermittlung: Arzt hat seiner Meinung nach informiert, Patient beklagt mangelnde Information. Frage: Ist die übermittelte Information nicht vollständig? Sind Ärzte unfähig Informationen in einer Art und Weise weiterzugeben, die die Patienten verstehen? Verstehen psychiatrische Patienten die gegebene Information nicht oder/und erinnern sie sich nicht daran?)

Zeitpunkt der Befragung

Wie sieht der Experte eine Befragung nach dem stationären Aufenthalt, um Antworten gemäss sozialer Erwünschtheit entgegenzuwirken?

Zwangseinweisungen

Prozentsatz der Zwangseinweisungen? Von wem veranlasst? Aufgeklärt über Rechte?

Problem bei Zwangseinweisungen: Soll man Zwangseinweisungen abfragen oder generell ausschliessen? Patienten erleben Zwangseinweisung hauptsächlich als psychisches Trauma, weil sie sich weder krank noch behandlungsbedürftig fühlen.

Koordination der Betreuung

Erklärung eines „normalen“ Aufnahmeverfahren in der psychiatrischen Klinik durch den Experten

Akutbereich Notfallaufnahme: Wie ist das Aufnahmeverfahren dort?

Wie ist die Zusammenarbeit Akutspital und Psychiatrien?

Behandlungserfolg: Wie messbar in Psychiatrien?

Kontinuität der Betreuung

Erklärung eines „normalen“ Austrittes mit Nachbetreuung zuhause; eventuelle Rückfragen durch Interviewleiterin. Wie hoch ist „Rückfallquote“? Welches Patientengut?

Was glaubt der Experte, hat für den Patienten den höchsten Schwerpunkt bezüglich Patientenzufriedenheit? Wie ist die Sicht des Patienten?

INTERVIEWLEITFADEN Management

Praxis als MANAGERIN:

Beschreibung des Berufsbildes Manager

Wie sieht Patientenzufriedenheits-Befragungen in Spitälern aus? Wie fließt dieser Qualitätsbereich in das Klinikmanagement ein?

Inwiefern spielt die Meinung des Patienten eine Rolle bei Managemententscheidungen?

Wie geht der Trend? Wie sieht Umsetzung aus?

Inwiefern spielen Kosten eine Rolle?

Praxis als PFLEGEPERSON:

Mit welcher **Patientengruppe** hat die Schwester/der Pfleger am ehesten Kontakt?

Was sind die **Hauptschwierigkeiten** im Umgang mit psychiatrischen Patienten? Wie wird mit zwangseingewiesenen Patienten umgegangen?

Wie schaut der **Tagesablauf** der Schwester/des Pflegers auf der Station aus? Wie schaut die **Entlassung und die Nachbetreuung** aus?

Muss die Schwester/der Pfleger dem Patienten **Informationen** geben? Wenn ja, welche und zu welchem Zeitpunkt? Wie schaut diese Informationsvermittlung aus?

Thematik **Psychopharmaka**: Wie gestaltet sich die Einnahme der Psychopharmaka? Wie findet Aufklärung, Information statt? Bei Zwangsmedikation? Wie weit findet Miteinbezugnahme des Patienten statt?

Wie denkt die Schwester/der Pfleger ist der „**Behandlungserfolg**“ bei psychiatrischen Patienten messbar?

Welche Patientengruppe gehört für eine Zufriedenheitsbefragung unbedingt **ausgeschlossen**? Warum?

in Bezug auf die Diagnose

in Bezug auf die Dauer des stationären Aufenthaltes

in Bezug auf das Alter

in Bezug auf Zwangsbehandlungen (Zwangsbehandelte Patienten sind Menschen, die mit fürsorgerischem Freiheitsentzug eingewiesen und/oder gegen ihren Willen medikamentös behandelt, isoliert, fixiert oder zurückbehalten worden sind.)

Wann sollen die Patienten bezüglich der Zufriedenheit befragt werden? Während Aufenthalt, bei Entlassung oder nach Entlassung?

Was meint die Schwester/der Pfleger **ist für die Patienten wichtig**? Was hat den höchsten Stellenwert bei den Patienten?

Wie würde die Schwester/der Pfleger die **Zufriedenheit der Patienten messen**? Ist so eine Messung überhaupt sinnvoll? Was sind die Probleme?

ANHANG A 4

Martinsgasse 16, Postfach 1249
CH-4001 Basel
Telefon 061 / 267 60 12
Fax 061 / 267 60 13
E-Mail: Jean-Louis.Wanner@bs.ch

Herrn
Chr. Cassidy
PUK

Umfrage

Sehr geehrter Herr Cassidy

Vorerst bitte ich um Entschuldigung für meine späte Antwort auf Punkt 2 Ihrer Anfrage vom 18. Januar.

Die vorgesehene Umfrage ist soweit feststellbar möglich. Wesentlich sind die folgenden Punkte:

- a) Die Umfrage muss deutlich sichtbar als freiwillig bezeichnet werden.
- b) Die Anzahl und der Inhalt der Fragen sollte verhältnismässig sein.
- c) Die Fragebogen sind zu vernichten, sobald sie EDV-mässig erfasst worden sind.
- d) Fragebogen dürfen der PUK nicht zur Verfügung gestellt werden.
- e) Die statistische Darstellung muss den Regeln der Statistiker entsprechen.

Für Näheres stehe ich allenfalls zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Datenschutzaufsicht Basel-Stadt
Geschäftsstelle

Jean-Louis Wanner

Kopie geht an: Frau Plank

ANHANG A 5

Liebe PatientInnen der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel!

Mein Name ist Tima Plank. Ich habe an der Universität in Innsbruck Psychologie studiert. Nun schreibe ich im Fach Psychologie eine weiterführende Arbeit (Doktorarbeit) an der Universität in Zürich.

Herr Dr. X hat Ihnen bereits in Grundzügen erklärt, worum es in dieser Studie geht: Es geht um die Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit in Psychiatrien. Ich möchte Ihnen noch folgende Informationen dazu geben:

Warum dieses Thema?

Weil ich finde, dass es ganz wichtig ist zu erfahren, wie die PatientInnen die Behandlung in Psychiatrien erleben. Um aus Ihren Erfahrungen zu lernen, Dinge zu verbessern und Neues zu schaffen. Weil die Psychiatrische Universitätsklinik Basel möchte, dass Sie als PatientIn zufrieden sind. In allen Bereichen.

Das ist unser Anliegen. **Helfen Sie uns dabei?**

Was brauche ich?

Ich brauche Ihre Erfahrung als PatientIn, um herauszufinden, was Ihnen in der Behandlung in der Klinik wichtig ist. Was Ihre Eindrücke sind im Umgang mit dem Pflegepersonal, mit den Ärzten oder mit dem Klinikpersonal. Was Sie toll finden in der Klinik, was Sie nicht so toll finden, was Sie brauchen, was Sie nicht brauchen. Das möchte ich von Ihnen erfahren.

Was können Sie tun?

Ich möchte Sie einladen, an einer Gesprächsrunde mit Gleichgesinnten (8-12 PatientInnen, Dauer ca. 1 Stunde) teilzunehmen. Ihre Aussagen werden vollkommen vertraulich behandelt. Ihre Person wird in der Auswertung anonymisiert. Somit ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Der Ort dieser Gruppendiskussion ist auf der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Ich werde dort sein und in einem Gespräch die Beteiligten der Gruppe nach ihren Bedürfnissen und Wünschen fragen.

Wie gehen Sie nun vor?

Wenn Sie uns mit Ihren Erfahrungen helfen möchten, geben Sie bitte Herrn Dr. X Ihr mündliches Okay. Herr Dr. X wird Ihnen dann einen Termin mit Zeit und Ort mitteilen.

Für Ihre Teilnahme bedanke ich mich im voraus!

Herzlichst

Ihre Tima Plank

Ich stehe Ihnen bei Fragen jederzeit gerne zur Verfügung. Bitte rufen Sie mich an.

ANHANG A 6

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
ZUR SPEICHERUNG VON PERSONENBEZOGENER
DATEN UND INHALTE DES INTERVIEWS**

Name _____

Anschrift _____

Sehr geehrte Damen und Herren

Als Teilnehmer am qualitativen Teil (Interviews) der psychologischen Studie „Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken“, welche im Rahmen einer Dissertation an der Universität Zürich von der Interviewleiterin durchgeführt wird, bin ich damit einverstanden, dass die in dieser Untersuchung erhobenen personenbezogene Daten (Name, Adresse, Alter, Geschlecht, etc.) sowie die im Interview gemachten Ausführungen gespeichert werden.

Nach Abschluss der Untersuchung wird mein Name und meine Adresse gelöscht. Die anderen personenbezogenen Daten sowie Inhalte des Interviews dürfen ausschliesslich in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke weiterverarbeitet werden.

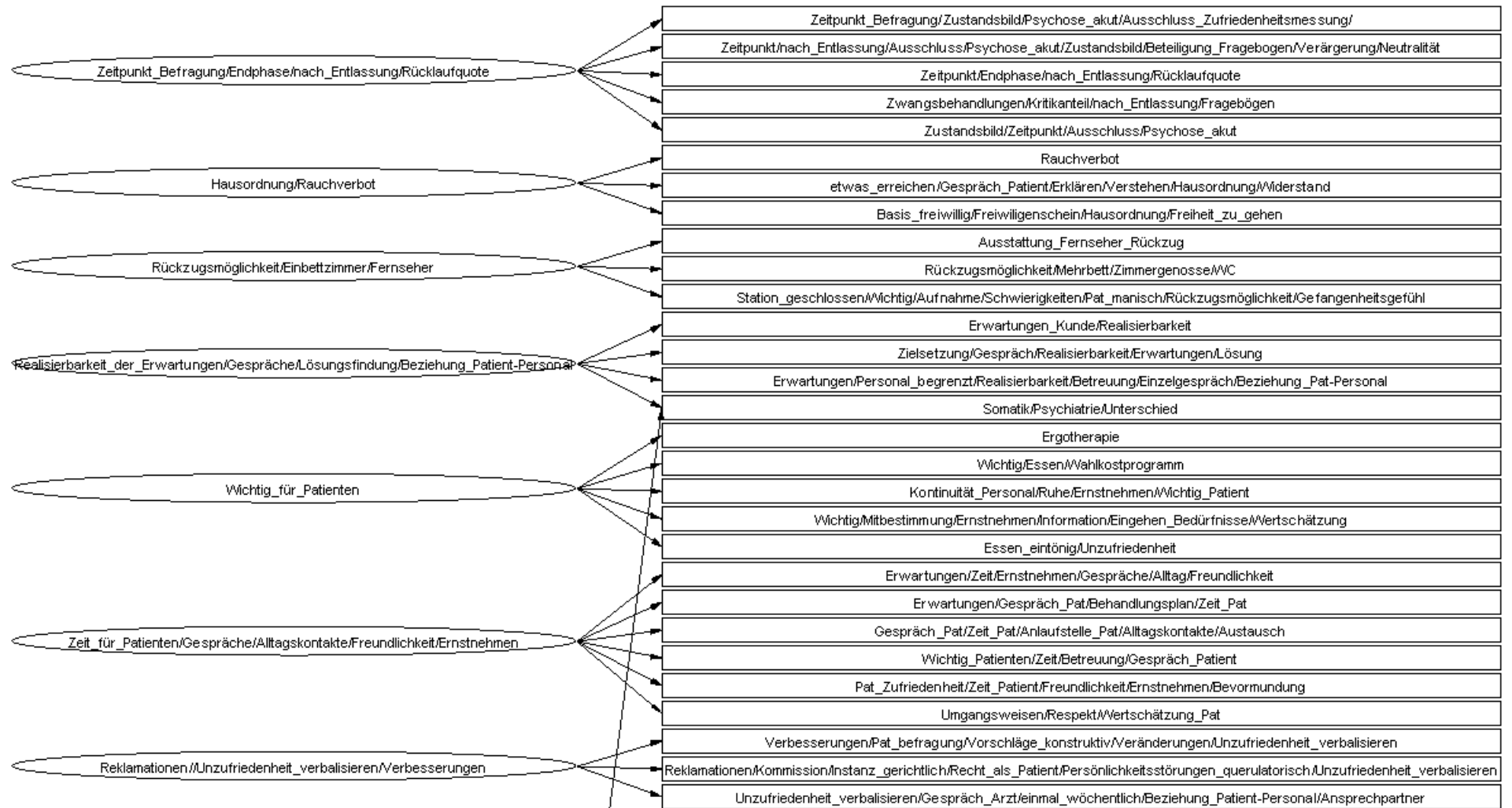
Ich bestätige, dass ich mich freiwillig und auf Widerruf als Teilnehmer zur Verfügung stelle und diese Einverständniserklärung ebenfalls auf freiwilliger Basis erfolgt.

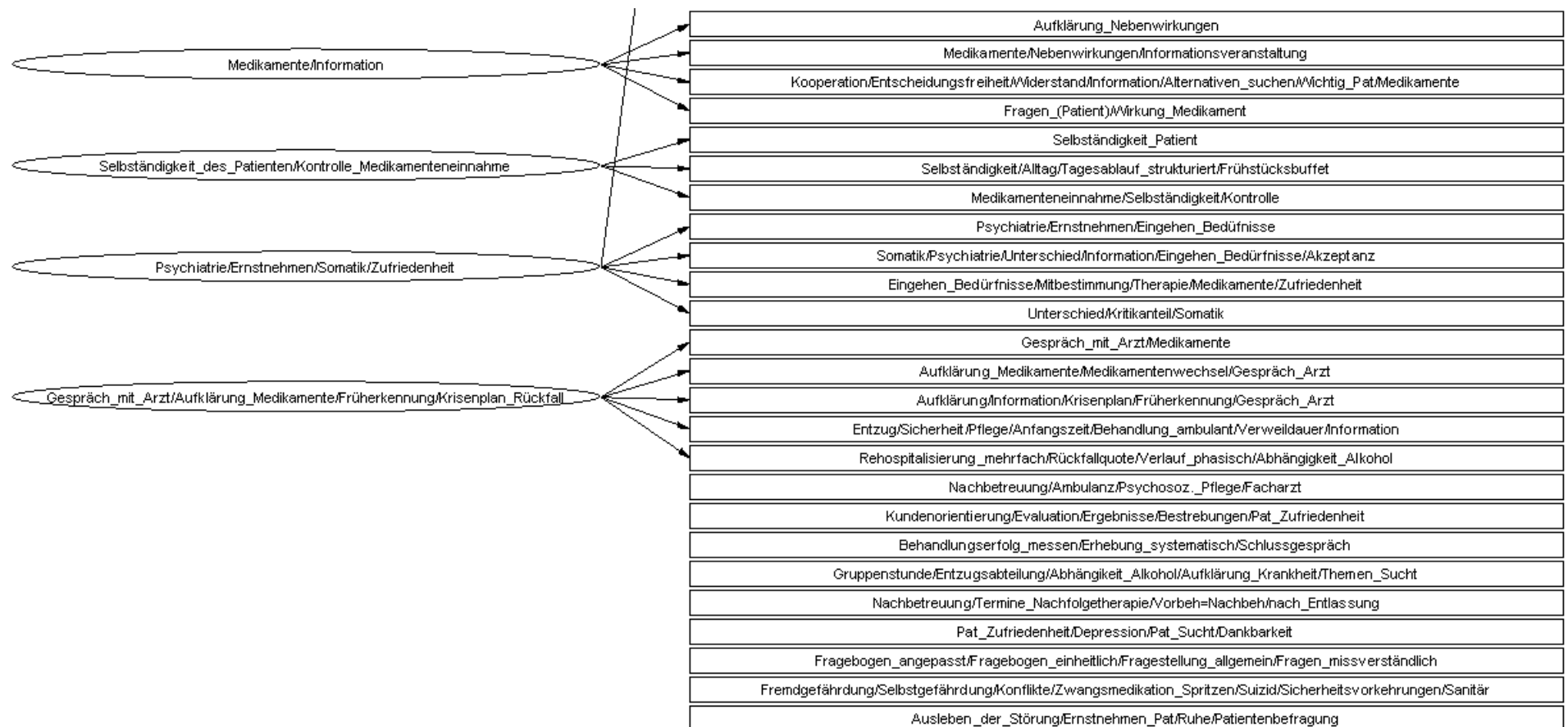
Ort, Datum

Unterschrift

ANHANG A 7

Der Gestaltenbaum





ANHANG A 8

Der Fragebogen-Entwurf

NAME: _____

SPITAL: _____

1. Wurden Sie wegen einer Krise eingeliefert oder war Ihr Aufenthalt im voraus geplant?

1 ☐ Krise 2 ☐ Im voraus geplant

2. Waren Sie freiwillig in der Psychiatrie oder wurden Sie fürsorgerisch eingewiesen (fürsorgerischer Freiheitsentzug)?

Fürsorgerisch eingewiesen.....1 ☐

Freiwillig.....2 ☐ Gehen Sie zur Frage 4

3. Hat man Sie beim fürsorgerischen Freiheitsentzug über Ihre Rechte aufgeklärt und Ihnen geholfen, sie wahrzunehmen?

1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

4. Auf welcher/n Abteilung/en waren Sie bei Ihrem letzten Aufenthalt?

Geschlossene Abteilung 1 ☐

Geschlossene und halb/offene

Abteilung (Übertritt)..... 2 ☐

Halboffene Abteilung 3 ☐ Gehen Sie zur Frage 9

Offene Abteilung 4 ☐ Gehen Sie zur Frage 9

AUFENTHALT IN DER GESCHLOSSENEN ABTEILUNG
--

5. Hat man Sie über Ihre Rechte aufgeklärt und Ihnen geholfen, sie wahrzunehmen?

1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

6. Erhielten Sie während Ihres Aufenthaltes genügend Informationen über Ihren Zustand?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

7. Haben Sie den eingeschränkten Kontakt nach aussen als belastend empfunden?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, ab und zu

3 ☐...Nein

8. Hatten Sie Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

AUFNAHME IN DIE PSYCHIATRIE

9. Wie organisiert war das Aufnahmeverfahren?

Überhaupt nicht organisiert 1 ☐

Einigermaßen organisiert 2 ☐

Sehr gut organisiert 3 ☐

10. Mussten Sie unnötig lange auf Ihr Erstgespräch warten?

1 ☐...Ja, eindeutig

2 ☐...Ja, so ziemlich

3 ☐...Nein

11. Mussten Sie unnötig lange auf Ihren Zimmerbezug warten?

1 ☐...Ja, eindeutig

2 ☐...Ja, so ziemlich

3 ☐...Nein

12. Wurden Sie freundlich und verständnisvoll vom Spitalpersonal empfangen?

1 ☐...Ja, eindeutig

2 ☐...Ja, so ziemlich

3 ☐...Nein

13. Wurde Ihnen nach der Aufnahme das weitere Vorgehen erklärt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN

14. Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der/die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig war?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja

3 ☐...Ich bin mir nicht sicher

15. Finden Sie, dass der zuständige Arzt oder die zuständige Ärztin genügend Zeit für Sie gehabt hat?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

16. Wie würden Sie die Höflichkeit Ihrer Ärzte oder Ihrer Ärztinnen beurteilen?

1 ☐ Sehr gut

2 ☐ Gut

3 ☐ Mittelmässig

4 ☐ Schlecht

5 ☐ Sehr schlecht

17. Hatten Sie Vertrauen in Ihre Ärzte und Ärztinnen?

1 ☐...Ja, immer

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

18. Haben Sie Ihre Ärzte und Ärztinnen während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

PFLEGEPERSONAL

19. Gab es bestimmte Pflegepersonen, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja

3 ☐...Ich bin mir nicht sicher

20. Wie würden Sie die Höflichkeit des Pflegepersonals beurteilen?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

21. Hatten Sie Vertrauen in das Pflegepersonal?

1 ☐ ...Ja, immer 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

22. Finden Sie, dass das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie gehabt hat?

1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

23. Wieviel ist Ihnen an Selbständigkeit in Ihrem Aufenthaltsalltag auf der Psychiatrie überlassen worden?

1 ☐ ...Zu wenig 2 ☐ ...Ausreichend 3 ☐ ...Zu viel

24. Haben Sie das Pflegepersonal während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

25. Finden Sie, dass das Pflegepersonal auf Konflikte (zum Beispiel mit Mitpatienten) richtig reagiert hat?

1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

THERAPIEN

26. Hat der Therapieplan Ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprochen?

Nein, ich war unterfordert 1 ☐
Nein, ich war überfordert 2 ☐
Nein 3 ☐
Ja, völlig 4 ☐
Ja, einigermaßen 5 ☐

27. Finden Sie, dass die Zielsetzungen im Therapieplan realistisch waren?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

28. Wie gut sind Sie über das Therapieangebot informiert worden?

1 ☐...Zu viel

2 ☐...Ausreichend

3 ☐...Zu wenig

29. Hatten Sie das Gefühl, (in der Therapie) in Ihrer psychischen Störung ernstgenommen zu werden?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

30. Hatten Sie das Gefühl, (in der Therapie) in Ihrer psychischen Störung verstanden zu werden?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

31. Finden Sie, dass Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausreichend ausleben konnten?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

32. Wurden Ihre Angehörigen im für Sie richtigen Ausmass in die Therapie miteinbezogen?

Ja, völlig 1 ☐

Ja, einigermaßen 2 ☐

Nein 3 ☐

Ich wollte keinen Einbezug der Angehörigen 4 ☐

Ich habe keine Angehörigen..... 5 ☐

33. Konnten Sie, wenn Sie es wollten, ungestört mit Ihren Angehörigen telefonieren oder sprechen?

- Ja, völlig 1 ☐
- Ja, einigermaßen 2 ☐
- Nein 3 ☐
- Ich wollte nicht mit den Angehörigen telefonieren/sprechen 4 ☐
- Ich habe keine Angehörigen..... 5 ☐
-

34. Konnten Sie bei Ihrer Behandlung genügend mitbestimmen?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein
-

35. Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein
-

36. Wenn Sie körperliche Beschwerden hatten: Fühlten Sie sich medizinisch gut betreut?

- Ja, völlig 1 ☐
- Ja, einigermaßen 2 ☐
- Nein 3 ☐
- Ich hatte keine körperlichen Beschwerden..... 4 ☐
-

37. Ist Ihr Beziehungsumfeld in genügendem Ausmass in die Therapie miteinbezogen worden?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein
-

38. Ist Ihre soziale Situation (Arbeit, Finanzen, Wohnung) in genügendem Ausmass in die Therapie miteinbezogen worden?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein
-

39. Wie gut fanden Sie folgende Therapieformen?

-- = Sehr schlecht - = Schlecht 0 = Mittelmässig + = Gut ++ = Sehr Gut

	--	-	0	+	++	nicht gehabt	nicht angeboten
Einzeltherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Gruppentherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Informationsgruppen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Psychopharmakotherapie.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Ergo- und Gestaltungs Therapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Musiktherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Kreativtherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Arbeitsrehabilitation.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Tierpflege	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sozialdienst.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

40. Hat die Behandlung, die Sie in der Psychiatrie erhielten, Ihnen dabei geholfen, besser mit Ihrer Krankheit umzugehen?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

THERAPEUTEN

41. Gab es bestimmte Therapeuten, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

42. Wie würden Sie die Höflichkeit der Therapeuten beurteilen?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

43. Hatten Sie Vertrauen in die Therapeuten?

1 ☐...Ja, immer 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

44. Finden Sie, dass der Therapeut genügend Zeit für Sie gehabt hat?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

45. Haben Sie die Therapeuten während der Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

46. Glauben Sie, haben die Therapeuten das Möglichste getan, um Ihnen in Ihrer Krankheit zu helfen?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

MEDIKAMENTE / INFORMATION

47. Sind Sie mit Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt worden?

1 ☐...Ja

2 ☐...Nein Gehen Sie weiter zur Frage 55

48. Wurde Ihnen genügend Selbständigkeit beim Einnehmen Ihrer Medikamente gegeben, z.B. indem Sie die Medikamente selber holen konnten oder keine Überprüfung der tatsächlichen Einnahme erfolgte?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

49. Verspürten Sie einen inneren Widerstand, die Medikamente ein-zunehmen?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, ab und zu

3 ☐...Ja

50. Von wem wurden Sie über Ihre Medikamente informiert? (Mehrfachantworten möglich)

1 ☐...Arzt/Ärztin

2 ☐...Personal

3 ☐...Therapeut/Therapeutin

51. Wie gut wurden Sie über die Medikamente informiert?

1 ☐ Sehr gut

2 ☐ Gut

3 ☐ Mittelmässig

4 ☐ Schlecht

5 ☐ Sehr schlecht

52. Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen der Medikamente informiert?

1 ☐ Sehr gut

2 ☐ Gut

3 ☐ Mittelmässig

4 ☐ Schlecht

5 ☐ Sehr schlecht

53. Wurden Sie über Ihre Medikamente und deren Nebenwirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

54. Wurden Ihnen Behandlungsalternativen angeboten?

1 ☐...Ja 2 ☐...Ja, zum Teil 3 ☐...Nein

55. Wie gut wurden Sie über die Behandlungsergebnisse (Therapien, Medikamente) informiert und aufgeklärt?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

56. Wie gut wurden Sie über Ihre Krankheit (Früherkennung, Verlauf, etc.) informiert und aufgeklärt?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

57. Wie gut wurden Sie über Ihre Fortschritte während der Behandlung informiert?

Sehr schlecht..... 1 ☐
Schlecht..... 2 ☐
Mittelmässig 3 ☐
Gut..... 4 ☐
Sehr gut..... 5 ☐
Ich habe keine Fortschritte gemacht 6 ☐
Ich habe die Behandlung abgebrochen..... 7 ☐

58. Wurden Sie über Ihre Krankheit und ihre Auswirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

59. Wenn Sie gegen Ihren Willen behandelt wurden, hat Ihnen dann jemand verständlich erklärt, warum?

Ja..... 1 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 3 ☐
Ich wurde nicht gegen meinen Willen behandelt..... 4 ☐

AUFENTHALT ALLGEMEIN

60. War Ihnen der jeweilige Tagesablauf auf der Station klar?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

61. Wenn Sie das Bedürfnis nach einem Gespräch hatten, war es leicht, jemand unter dem Behandlungsteam zu finden, der mit Ihnen über Ihre Sorgen und Bedenken sprach?

1 ☐...Ja, sehr 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

62. Wurden auf Ihre Bedürfnisse während des Aufenthaltes in ausreichendem Masse eingegangen?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

63. Konnten Sie die Regeln der Hausordnung ohne Probleme akzeptieren?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

64. Sind Sie während Ihres Aufenthaltes über Ihre Rechte und Pflichten in ausreichendem Masse aufgeklärt worden?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

65. Haben Sie das Gefühl, Sie wurden während Ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie mit Respekt und Würde behandelt?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

66. Haben Sie das Gefühl, das Behandlungsteam (Ärzte, Personal, Therapeuten) hat sich um Sie gekümmert?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

67. Wie gut finden Sie, hat das Behandlungsteams zusammengearbeitet?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

68. Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt auf der offenen/halboffenen Abteilung genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?

- Ja..... 1 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 3 ☐
Ich war auf der geschlossenen Abteilung..... 4 ☐
-

69. Gab es mit Mitpatienten Konfliktsituationen, die Sie belasteten?

- 1 ☐...Ja, oftmals 2 ☐...Ja, ab und zu 3 ☐...Nein, nie
-

70. Wussten Sie, an wen Sie sich bei Problemen, Reklamationen oder Fragen wenden konnten?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein
-

71. Wenn Sie Reklamationen hatten: Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Beschwerden ernstgenommen wurden?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein
-

ENTLASSUNG UND NACHBETREUUNG

72. Haben Sie die Behandlung vorzeitig abgebrochen?

- 1 ☐...Ja 2 ☐...Nein
-

73. Haben Sie das Schlussgespräch vor Klinikaustritt als hilfreich erlebt?

- Ja..... 1 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 3 ☐
Es gab kein Schlussgespräch 4 ☐
-

74. Wie gut wurden Sie auf die Entlassungssituation vorbereitet?

- 1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht
-

75. War Ihre Nachbetreuung bei Ihrer Entlassung geregelt?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

76. Wie beurteilen Sie Ihren Entlassungszeitpunkt aus der Psychiatrie?

1 ☐...Zu früh 2 ☐...Richtig 3 ☐...Zu spät

77. Wurden Ihren Angehörigen vom Behandlungsteam ausreichend Informationen gegeben, um Sie in der Zeit nach der Entlassung unterstützen zu können?

Ja, völlig 1 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 3 ☐
Ich wollte keinen Einbezug der Angehörigen 4 ☐
Ich habe keine Angehörigen..... 5 ☐

78. Hat man Ihnen mitgeteilt, wann Sie sich wieder Aktivitäten wie zur Arbeit gehen, Hausarbeit, Kindererziehung, etc. aufnehmen können?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

79. Wussten Sie, wohin Sie sich bei einem Rückfall wenden können?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, ungefähr 3 ☐...Nein

HOTELLERIE / INFRASTRUKTUR

80. Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht - = Schlecht 0 = Mittelmässig + = Gut ++ = Sehr Gut

	--	-	0	+	++
Einrichtung.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Matratzenqualität	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ablage- und Verstaumöglichkeiten von Eigentum.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sauberkeit.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Privatsphäre.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ruhe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

81. Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht	- = Schlecht	0 = Mittelmässig	+ = Gut	++ = Sehr Gut
--------------------	--------------	------------------	---------	---------------

	--	-	0	+	++
Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten.....	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Geschmack der Mahlzeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Grösse der Portionen.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Präsentation der Mahlzeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Temperatur der Mahlzeiten.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mahlzeitqualität insgesamt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

82. Wenn Sie Raucher/in sind: Wie gut fanden Sie die Rauchecken in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht	- = Schlecht	0 = Mittelmässig	+ = Gut	++ = Sehr Gut
--------------------	--------------	------------------	---------	---------------

	--	-	0	+	++
Grösse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sitzmöglichkeiten.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sauberkeit.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

83. Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf...

-- = Sehr schlecht	- = Schlecht	0 = Mittelmässig	+ = Gut	++ = Sehr Gut
--------------------	--------------	------------------	---------	---------------

	--	-	0	+	++
Sauberkeit der eigenen Dusche/Bad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Etagedusche/Bades	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit der Etagedusche/Bades	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sauberkeit des eigenen WCs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sauberkeit des Etagen-WCs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit des Etagen-WCs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

84. Der Umfang des Unterhaltungsangebotes (TV/Radio) auf der Psychiatrie ist so angelegt, dass sich Patienten nicht zu sehr zurückziehen. Finden Sie, dass das Unterhaltungsangebot angemessen war?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein, ich hätte mir gerne mehr Unterhaltung gewünscht

85. Wie fanden Sie...

-- = Sehr schlecht - = Schlecht 0 = Mittelmässig + = Gut ++ = Sehr Gut

	--	-	0	+	++
... sich im Haus zurecht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... das Freizeitangebot	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... das Angebot an Parkplätzen.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... das Angebot an PC/Fax/Internet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

GESAMTEINDRUCK

86. Haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes auf der Psychiatrie insgesamt beschützt und sicher aufgehoben gefühlt, auch im Falle eines Notfalles?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

87. Haben Sie insgesamt die Behandlung auf der Psychiatrie bekommen, die Sie sich erwartet hatten?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

88. Wie würden Sie allgemein die Behandlung beurteilen, die Sie in der Psychiatrie erhalten haben?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

89. Würden Sie dieses Spital Ihrer Familie und Freunden weiterempfehlen?

1 ☐...Ja, sicher 2 ☐...Ja, wahrscheinlich 3 ☐...Nein

90. Bezüglich der Atmosphäre auf der Psychiatrie: Fühlten Sie sich wohl in der Psychiatrie?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

91. Wenn Sie noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es?

ZU IHRER PERSON

92. Sie sind: 1 ☐ eine Frau 2 ☐ ein Mann

93. Wie würden Sie im allgemeinen Ihren Gesundheitszustand beurteilen?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

94. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

95. Woran leiden Sie?

Abhängigkeitserkrankung 1 ☐
Affektive Störungen (z.B. Depression) 2 ☐
Schizoaffective Störungen 3 ☐
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 4 ☐
Somatoforme Störungen..... 5 ☐
Angststörungen..... 6 ☐
Zwangserkrankungen 7 ☐

96. Wie lange waren Sie beim letzten Aufenthalt in der Psychiatrie?

Bis 5 Tage..... 1 ☐
6-10 Tage..... 2 ☐
11-20 Tage 3 ☐
3 Wochen und länger..... 4 ☐

97. Sind Sie in den letzten 12 Monaten schon einmal psychiatrisch behandelt worden?

1 ☐ Nein, dieses ist das erste Mal 2 ☐ Ja, einmal 3 ☐ Ja, mehrmals

98. Wie ist Ihr Zivilstand?

1 ☐ Single 2 ☐ Verheiratet 3 ☐ Geschieden 4 ☐ Getrennt lebend 5 ☐ Verwitwet

99. Aus statistischen Gründen sollte dieser Fragebogen von Ihnen nochmals in 2 Wochen ausgefüllt werden. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihnen der Fragebogen ein zweites Mal zugesandt wird?

1 ☐ Ja 2 ☐ Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang A 9

Die Evaluationsliste

ITEM	WICHTIGKEIT							VERSTÄNDLICHKEIT					PRAXISRELEVANZ							ANWENDBARKEIT																
	ja, sehr	ja	nein	FE	?	WN	Diff	Ja sehr %	Ja in %	Nein in %	ja	nein	FE	?	WN	Diff	Nein in %	ja	nein	FE	?	WN	Diff	Nein in %	Stat.	FE	?	WN	Diff	Stat in %	Amb.		FE	?	WN	Diff
1	9	9	1	0	0	0	0	47.37%	47.37%	5.26%	17	2	0	0	0	0	10.53%	17	2	0	0	0	0	10.53%	18	1	0	0	0	94.74%	10	9	0	0	0	52.63%
2	14	5	0	0	0	0	0	73.68%	26.32%	0.00%	16	2	0	0	1	0	11.11%	18	1	0	0	0	0	5.26%	19	0	0	0	0	100.00%	5	14	0	0	0	26.32%
3	16	3	0	0	0	0	0	84.21%	15.79%	0.00%	18	0	0	0	1	0	0.00%	18	1	0	0	0	0	5.26%	19	0	0	0	0	100.00%	2	17	0	0	0	10.53%
4	5	12	2	0	0	0	0	26.32%	63.16%	10.53%	15	3	0	0	1	0	16.67%	11	7	0	0	1	0	38.89%	16	3	0	0	0	84.21%	5	14	0	0	0	26.32%
5	16	3	0	0	0	0	0	84.21%	15.79%	0.00%	19	0	0	0	0	0	0.00%	19	0	0	0	0	0	0.00%	19	0	0	0	0	100.00%	4	15	0	0	0	21.05%
6	11	5	0	0	3	0	0	68.75%	31.25%	0.00%	14	3	0	2	0	0	17.65%	16	0	0	3	0	0	0.00%	15	2	2	0	0	78.95%	11	6	2	0	0	57.89%
7	7	8	4	0	0	0	0	36.84%	42.11%	21.05%	16	2	0	0	1	0	11.11%	15	3	0	1	0	0	16.67%	18	1	0	0	0	94.74%	3	16	0	0	0	15.79%
8	10	7	2	0	0	0	0	52.63%	36.84%	10.53%	19	0	0	0	0	0	0.00%	18	1	0	0	0	0	5.26%	17	2	0	0	0	89.47%	2	17	0	0	0	10.53%
9	9	7	2	0	1	0	0	50.00%	38.89%	11.11%	12	4	1	2	0	0	25.00%	15	2	0	2	0	0	11.76%	17	1	1	0	0	89.47%	8	10	1	0	0	42.11%
10	7	8	4	0	0	0	0	36.84%	42.11%	21.05%	15	2	0	0	2	0	11.76%	15	1	0	0	3	0	6.25%	18	1	0	0	0	94.74%	11	8	0	0	0	57.89%
11	5	9	5	0	0	0	0	26.32%	47.37%	26.32%	14	4	0	0	1	0	22.22%	13	4	0	0	2	0	23.53%	18	1	0	0	0	94.74%	3	16	0	0	0	15.79%
12	10	7	2	0	0	0	0	52.63%	36.84%	10.53%	18	1	0	0	0	0	5.26%	14	4	1	0	0	0	22.22%	18	1	0	0	0	94.74%	12	7	0	0	0	63.16%
13	9	9	1	0	0	0	0	47.37%	47.37%	5.26%	16	2	0	0	1	0	11.11%	17	2	0	0	0	0	10.53%	18	1	0	0	0	94.74%	9	10	0	0	0	47.37%
14	8	7	3	0	0	1	0	44.44%	38.89%	16.67%	17	2	0	0	0	0	10.53%	14	5	0	0	0	0	26.32%	17	2	0	0	0	89.47%	9	10	0	0	0	47.37%
15	10	8	0	0	0	1	0	55.56%	44.44%	0.00%	18	1	0	0	0	0	5.26%	14	4	0	0	1	0	22.22%	18	1	0	0	0	94.74%	14	5	0	0	0	73.68%
16	6	9	3	0	0	1	0	33.33%	50.00%	16.67%	19	0	0	0	0	0	0.00%	12	7	0	0	0	0	36.84%	19	0	0	0	0	100.00%	13	5	1	0	0	68.42%
17	12	7	0	0	0	0	0	63.16%	36.84%	0.00%	18	1	0	0	0	0	5.26%	15	4	0	0	0	0	21.05%	18	1	0	0	0	94.74%	15	4	0	0	0	78.95%
18	11	6	2	0	0	0	0	57.89%	31.58%	10.53%	19	0	0	0	0	0	0.00%	14	5	0	0	0	0	26.32%	18	1	0	0	0	94.74%	15	4	0	0	0	78.95%
19	12	7	0	0	0	0	0	63.16%	36.84%	0.00%	18	1	0	0	0	0	5.26%	14	5	0	0	0	0	26.32%	18	1	0	0	0	94.74%	9	10	0	0	0	47.37%
20	5	11	2	0	0	1	0	27.78%	61.11%	11.11%	18	1	0	0	0	0	5.26%	12	5	2	0	0	0	29.41%	17	0	2	0	0	89.47%	10	8	1	0	0	52.63%
21	10	9	0	0	0	0	0	52.63%	47.37%	0.00%	19	0	0	0	0	0	0.00%	14	4	1	0	0	0	22.22%	18	1	0	0	0	94.74%	13	6	0	0	0	68.42%
22	11	7	1	0	0	0	0	57.89%	36.84%	5.26%	18	0	0	0	1	0	0.00%	13	4	1	0	1	0	23.53%	18	1	0	0	0	94.74%	10	9	0	0	0	52.63%
23	7	5	5	2	0	0	0	41.18%	29.41%	29.41%	14	4	1	0	0	0	22.22%	11	6	2	0	0	0	35.29%	15	4	0	0	0	78.95%	3	16	0	0	0	15.79%
24	11	7	1	0	0	0	0	57.89%	36.84%	5.26%	18	1	0	0	0	0	5.26%	15	3	1	0	0	0	16.67%	19	0	0	0	0	100.00%	13	6	0	0	0	68.42%
25	6	9	3	0	0	1	0	33.33%	50.00%	16.67%	17	2	0	0	0	0	10.53%	14	4	1	0	0	0	22.22%	17	2	0	0	0	89.47%	9	10	0	0	0	47.37%
26	10	9	0	0	0	0	0	52.63%	47.37%	0.00%	17	1	0	0	1	0	5.56%	17	1	0	1	0	0	5.56%	17	2	0	0	0	89.47%	12	7	0	0	0	63.16%
27	9	6	4	0	0	0	0	47.37%	31.58%	21.05%	18	1	0	0	0	0	5.26%	12	5	1	1	0	0	29.41%	14	5	0	0	0	73.68%	10	9	0	0	0	52.63%
28	11	8	0	0	0	0	0	57.89%	42.11%	0.00%	17	1	1	0	0	0	5.56%	16	1	2	0	0	0	5.88%	17	2	0	0	0	89.47%	11	8	0	0	0	57.89%
29	11	7	1	0	0	0	0	57.89%	36.84%	5.26%	13	4	2	0	0	0	23.53%	16	2	1	0	0	0	11.11%	17	2	0	0	0	89.47%	13	6	0	0	0	68.42%
30	9	6	2	1	0	1	0	52.94%	35.29%	11.76%	11	6	0	0	2	0	35.29%	15	3	1	0	0	0	16.67%	16	3	0	0	0	84.21%	12	7	0	0	0	63.16%
31	3	2	14	0	0	0	0	15.79%	10.53%	73.68%	10	8	0	0	1	0	44.44%	3	13	2	0	1	0	81.25%	13	5	1	0	0	68.42%	5	13	1	0	0	26.32%
32	13	6	0	0	0	0	0	68.42%	31.58%	0.00%	16	2	0	0	1	0	11.11%	17	1	1	0	0	0	5.56%	17	2	0	0	0	89.47%	13	6	0	0	0	68.42%
33	6	12	1	0	0	0	0	31.58%	63.16%	5.26%	19	0	0	0	0	0	0.00%	15	2	1	0	1	0	11.76%	17	2	0	0	0	89.47%	3	16	0	0	0	15.79%

34	13	6	0	0	0	0	0	68.42%	31.58%	0.00%	17	2	0	0	0	0	10.53%	17	1	1	0	0	0	5.56%	17	2	0	0	0	0	89.47%	13	6	0	0	0	68.42%
35	10	8	1	0	0	0	0	52.63%	42.11%	5.26%	17	1	0	0	1	0	5.56%	16	2	1	0	0	0	11.11%	17	2	0	0	0	0	89.47%	6	13	0	0	0	31.58%
36	10	8	1	0	0	0	0	52.63%	42.11%	5.26%	18	1	0	0	0	0	5.26%	15	3	1	0	0	0	16.67%	17	2	0	0	0	0	89.47%	11	8	0	0	0	57.89%
37	6	12	0	1	0	0	0	33.33%	66.67%	0.00%	13	3	2	0	1	0	18.75%	14	3	2	0	0	0	17.65%	16	3	0	0	0	0	84.21%	12	7	0	0	0	63.16%
38	10	7	1	0	1	0	0	55.56%	38.89%	5.56%	19	0	0	0	0	0	0.00%	16	1	1	1	0	0	5.88%	16	2	1	0	0	0	84.21%	14	4	1	0	0	73.68%
39	11	5	3	0	0	0	0	57.89%	26.32%	15.79%	12	6	0	0	1	0	33.33%	14	5	0	0	0	0	26.32%	16	3	0	0	0	0	84.21%	10	8	0	1	0	52.63%
40	13	6	0	0	0	0	0	68.42%	31.58%	0.00%	17	1	0	0	1	0	5.56%	17	1	1	0	0	0	5.56%	17	2	0	0	0	0	89.47%	14	5	0	0	0	73.68%
41	9	8	1	1	0	0	0	50.00%	44.44%	5.56%	17	2	0	0	0	0	10.53%	14	4	1	0	0	0	22.22%	17	2	0	0	0	0	89.47%	10	9	0	0	0	52.63%
42	3	12	2	1	1	0	0	17.65%	70.59%	11.76%	18	0	0	1	0	0	0.00%	10	6	1	1	1	0	37.50%	16	2	1	0	0	0	84.21%	12	6	1	0	0	63.16%
43	8	10	1	0	0	0	0	42.11%	52.63%	5.26%	18	1	0	0	0	0	5.26%	13	5	1	0	0	0	27.78%	16	3	0	0	0	0	84.21%	12	7	0	0	0	63.16%
44	7	11	0	1	0	0	0	38.89%	61.11%	0.00%	18	1	0	0	0	0	5.26%	15	3	1	0	0	0	16.67%	16	3	0	0	0	0	84.21%	12	7	0	0	0	63.16%
45	10	9	0	0	0	0	0	52.63%	47.37%	0.00%	18	1	0	0	0	0	5.26%	13	4	2	0	0	0	23.53%	16	3	0	0	0	0	84.21%	11	8	0	0	0	57.89%
46	5	11	2	1	0	0	0	27.78%	61.11%	11.11%	15	3	0	0	1	0	16.67%	11	8	0	0	0	0	42.11%	14	5	0	0	0	0	73.68%	10	9	0	0	0	52.63%
47	7	9	2	0	1	0	0	38.89%	50.00%	11.11%	18	0	0	1	0	0	0.00%	14	3	1	1	0	0	17.65%	16	2	1	0	0	0	84.21%	13	5	1	0	0	68.42%
48	7	5	7	0	0	0	0	36.84%	26.32%	36.84%	13	6	0	0	0	0	31.58%	8	9	1	0	1	0	52.94%	13	5	1	0	0	0	68.42%	6	12	1	0	0	31.58%
49	9	6	3	1	0	0	0	50.00%	33.33%	16.67%	15	3	1	0	0	0	16.67%	11	5	3	0	0	0	31.25%	18	1	0	0	0	0	94.74%	15	4	0	0	0	78.95%
50	8	7	3	1	0	0	0	44.44%	38.89%	16.67%	17	2	0	0	0	0	10.53%	14	3	1	1	0	0	17.65%	17	1	1	0	0	0	89.47%	15	3	1	0	0	78.95%
51	13	5	1	0	0	0	0	68.42%	26.32%	5.26%	18	1	0	0	0	0	5.26%	17	1	1	0	0	0	5.56%	18	1	0	0	0	0	94.74%	16	3	0	0	0	84.21%
52	12	6	1	0	0	0	0	63.16%	31.58%	5.26%	19	0	0	0	0	0	0.00%	16	2	1	0	0	0	11.11%	18	1	0	0	0	0	94.74%	16	3	0	0	0	84.21%
53	9	4	6	1	0	0	1	47.37%	21.05%	31.58%	18	0	1	0	0	0	0.00%	17	0	2	0	0	0	0.00%	17	2	0	0	0	0	89.47%	15	4	0	0	0	78.95%
54	8	10	1	0	0	0	0	42.11%	52.63%	5.26%	16	3	0	0	0	0	15.79%	16	1	0	0	2	0	5.88%	17	2	0	0	0	0	89.47%	14	5	0	0	0	73.68%
55	8	6	3	0	2	0	0	47.06%	35.29%	17.65%	11	7	0	1	0	0	38.89%	12	2	1	4	0	0	14.29%	14	3	2	0	0	0	73.68%	11	6	2	0	0	57.89%
56	12	6	0	0	1	0	0	66.67%	33.33%	0.00%	19	0	0	0	0	0	0.00%	16	1	1	1	0	0	5.88%	17	1	1	0	0	0	89.47%	15	4	0	0	0	78.95%
57	8	4	7	0	0	0	0	42.11%	21.05%	36.84%	14	4	0	0	1	0	22.22%	10	5	2	1	1	0	33.33%	14	4	1	0	0	0	73.68%	10	9	0	0	0	52.63%
58	11	7	1	0	0	0	0	57.89%	36.84%	5.26%	18	0	1	0	0	0	0.00%	16	0	2	1	0	0	0.00%	16	2	1	0	0	0	84.21%	14	5	0	0	0	73.68%
59	16	3	0	0	0	0	0	84.21%	15.79%	0.00%	17	2	0	0	0	0	10.53%	18	0	1	0	0	0	0.00%	17	1	1	0	0	0	89.47%	9	9	1	0	0	47.37%
60	5	9	5	0	0	0	0	26.32%	47.37%	26.32%	18	1	0	0	0	0	5.26%	15	3	1	0	0	0	16.67%	18	1	0	0	0	0	94.74%	4	15	0	0	0	21.05%
61	12	7	0	0	0	0	0	63.16%	36.84%	0.00%	18	0	0	0	1	0	0.00%	17	0	1	0	1	0	0.00%	18	1	0	0	0	0	94.74%	7	12	0	0	0	36.84%
62	9	8	2	0	0	0	0	47.37%	42.11%	10.53%	16	3	0	0	0	0	15.79%	14	4	1	0	0	0	22.22%	18	1	0	0	0	0	94.74%	5	14	0	0	0	26.32%
63	5	9	4	0	0	1	0	27.78%	50.00%	22.22%	17	2	0	0	0	0	10.53%	9	6	1	0	3	0	40.00%	18	1	0	0	0	0	94.74%	4	15	0	0	0	21.05%
64	11	7	0	1	0	0	0	61.11%	38.89%	0.00%	16	1	1	0	1	0	5.88%	16	1	2	0	0	0	5.88%	17	2	0	0	0	0	89.47%	7	12	0	0	0	36.84%
65	15	4	0	0	0	0	0	78.95%	21.05%	0.00%	17	1	0	0	1	0	5.56%	16	2	1	0	0	0	11.11%	18	1	0	0	0	0	94.74%	5	14	0	0	0	26.32%
66	7	9	3	0	0	0	0	36.84%	47.37%	15.79%	15	3	0	0	1	0	16.67%	11	6	1	0	1	0	35.29%	18	1	0	0	0	0	94.74%	7	12	0	0	0	36.84%
67	9	9	0	0	0	1	0	50.00%	50.00%	0.00%	18	0	0	0	1	0	0.00%	16	2	1	0	0	0	11.11%	18	1	0	0	0	0	94.74%	10	9	0	0	0	52.63%
68	6	9	2	2	0	0	0	35.29%	52.94%	11.76%	16	1	2	0	0	0	5.88%	12	4	3	0	0	0	25.00%	15	4	0	0	0	0	78.95%	2	17	0	0	0	10.53%
69	4	9	6	0	0	0	0	21.05%	47.37%	31.58%	19	0	0	0	0	0	0.00%	10	6	1	1	1	0	37.50%	18	1	0	0	0	0	94.74%	6	13	0	0	0	31.58%
70	12	7	0	0	0	0	0	63.16%	36.84%	0.00%	19	0	0	0	0	0	0.00%	17	1	1	0	0	0	5.56%	18	1	0	0	0	0	94.74%	9	10	0	0	0	47.37%
71	10	8	0	1	0	0	0	55.56%	44.44%	0.00%	17	1	1	0	0	0	5.56%	13	4	2	0	0	0	23.53%	17	2	0	0	0	0	89.47%	9	10	0	0	0	47.37%

72	5	10	4	0	0	0	0	26.32%	52.63%	21.05%	19	0	0	0	0	0	0.00%	13	5	1	0	0	0	27.78%	18	1	0	0	0	94.74%	13	6	0	0	0	68.42%
73	9	9	0	1	0	0	0	50.00%	50.00%	0.00%	18	1	0	0	0	0	5.26%	16	2	1	0	0	0	11.11%	18	1	0	0	0	94.74%	7	12	0	0	0	36.84%
74	12	6	0	1	0	0	0	66.67%	33.33%	0.00%	16	1	1	0	1	0	5.88%	16	1	2	0	0	0	5.88%	17	2	0	0	0	89.47%	4	15	0	0	0	21.05%
75	14	3	0	2	0	0	0	82.35%	17.65%	0.00%	16	1	2	0	0	0	5.88%	14	1	4	0	0	0	6.67%	15	4	0	0	0	78.95%	4	15	0	0	0	21.05%
76	7	9	1	1	0	1	0	41.18%	52.94%	5.88%	18	0	0	0	1	0	0.00%	15	4	0	0	0	0	21.05%	18	1	0	0	0	94.74%	6	13	0	0	0	31.58%
77	11	7	0	0	1	0	0	61.11%	38.89%	0.00%	19	0	0	0	0	0	0.00%	16	1	0	2	0	0	5.88%	17	1	1	0	0	89.47%	6	13	0	0	0	31.58%
78	8	7	3	0	1	0	0	44.44%	38.89%	16.67%	14	5	0	0	0	0	26.32%	14	3	0	2	0	0	17.65%	16	2	1	0	0	84.21%	7	12	0	0	0	36.84%
79	16	3	0	0	0	0	0	84.21%	15.79%	0.00%	19	0	0	0	0	0	0.00%	18	0	1	0	0	0	0.00%	18	1	0	0	0	94.74%	12	7	0	0	0	63.16%
80	6	12	0	0	0	1	0	33.33%	66.67%	0.00%	17	1	0	0	1	0	5.56%	17	1	1	0	0	0	5.56%	18	1	0	0	0	94.74%	1	18	0	0	0	5.26%
81	6	11	0	1	0	1	0	35.29%	64.71%	0.00%	16	2	0	0	1	0	11.11%	17	1	1	0	0	0	5.56%	18	1	0	0	0	94.74%	2	17	0	0	0	10.53%
82	3	8	8	0	0	0	0	15.79%	42.11%	42.11%	15	3	0	0	1	0	16.67%	12	4	1	0	2	0	25.00%	17	2	0	0	0	89.47%	3	16	0	0	0	15.79%
83	5	12	1	0	0	1	0	27.78%	66.67%	5.56%	16	2	0	0	1	0	11.11%	16	0	1	0	2	0	0.00%	18	1	0	0	0	94.74%	2	16	0	1	0	10.53%
84	8	8	2	0	0	1	0	44.44%	44.44%	11.11%	16	3	0	0	0	0	15.79%	14	2	1	0	2	0	12.50%	18	1	0	0	0	94.74%	2	17	0	0	0	10.53%
85	5	7	5	0	0	2	0	29.41%	41.18%	29.41%	14	5	0	0	0	0	26.32%	14	2	1	0	2	0	12.50%	18	1	0	0	0	94.74%	3	16	0	0	0	15.79%
86	9	10	0	0	0	0	0	47.37%	52.63%	0.00%	16	2	0	0	1	0	11.11%	15	2	1	0	1	0	11.76%	18	1	0	0	0	94.74%	4	15	0	0	0	21.05%
87	8	7	4	0	0	0	0	42.11%	36.84%	21.05%	16	3	0	0	0	0	15.79%	13	4	1	0	1	0	23.53%	17	2	0	0	0	89.47%	11	8	0	0	0	57.89%
88	12	7	0	0	0	0	0	63.16%	36.84%	0.00%	18	0	0	0	1	0	0.00%	15	1	1	1	1	0	6.25%	18	1	0	0	0	94.74%	10	9	0	0	0	52.63%
89	10	5	9	0	0	0	5	41.67%	20.83%	37.50%	19	0	0	0	0	0	0.00%	14	2	1	1	1	0	12.50%	17	1	1	0	0	89.47%	9	10	0	0	0	47.37%
90	9	5	4	0	0	1	0	50.00%	27.78%	22.22%	16	3	0	0	0	0	15.79%	12	4	1	1	1	0	25.00%	16	2	1	0	0	84.21%	7	12	0	0	0	36.84%
91	9	9	0	1	0	0	0	50.00%	50.00%	0.00%	17	1	1	0	0	0	5.56%	14	2	1	1	1	0	12.50%	17	2	0	0	0	89.47%	10	9	0	0	0	52.63%
92																																				
93	4	11	0	2	1	1	0	26.67%	73.33%	0.00%	14	4	1	0	0	0	22.22%	10	3	5	1	0	0	23.08%	15	4	0	0	0	78.95%	11	8	0	0	0	57.89%
94																																				
95	5	9	3	1	1	0	0	29.41%	52.94%	17.65%	12	5	2	0	0	0	29.41%	11	5	3	0	0	0	31.25%	15	4	0	0	0	78.95%	11	8	0	0	0	57.89%
96	5	8	5	1	0	0	0	27.78%	44.44%	27.78%	18	1	0	0	0	0	5.26%	10	5	2	2	0	0	33.33%	15	3	1	0	0	78.95%	3	16	0	0	0	15.79%
97	4	12	3	0	0	0	0	21.05%	63.16%	15.79%	16	3	0	0	0	0	15.79%	10	6	2	1	0	0	37.50%	14	4	0	1	0	73.68%	12	7	0	0	0	63.16%
98																																				
99																																				

Anmerkung:

Items 92, 94, 98 und 99 sind Fragen zur Soziodemographie und bedürfen keiner Bewertung.

Legende:

Item	Itemnummer im Fragebogen-Entwurf (siehe Anhang A 8)
Wichtigkeit	Frage: Ist es Ihrer Meinung nach wichtig, dieses Item zu stellen?
Verständlichkeit	Frage: Ist das Item klar und verständlich?
Praxisrelevanz	Frage: Können aufgrund der Antworten auf dieses Item Umsetzungsmassnahmen eingeleitet werden, d.h. besitzt das Item eine Praxisrelevanz?
Anwendbarkeit	Frage: Kann das Item auf den Stationärbereich und/oder auf den Ambulanzbereich angewendet werden?

ja, sehr	mengenmässig (insgesamt 19 Evaluationsteilnehmer)
ja	mengenmässig (insgesamt 19 Evaluationsteilnehmer)
nein	mengenmässig (insgesamt 19 Evaluationsteilnehmer)
FE	fehlt; Evaluationsteilnehmer hat keine Bewertung abgegeben
?	Evaluationsteilnehmer brachte Fragezeichen in der Bewertung an
WN	weiss nicht; Evaluationsteilnehmer kreuzte nicht eindeutig an
Diff.	Differenz aufgrund Formel; ergibt immer "0"
Ja, sehr	in Prozent
Ja	in Prozent
Nein	in Prozent

ANHANG A 10

Der Test-Fragebogen:

Fragebogen zu Ihrem Spitalaufenthalt

BITTE VOR DEM AUSFÜLLEN LESEN:

Ich danke Ihnen, dass Sie sich bereit erklären, an diesem Testinterview teilzunehmen. Ihre Meinung ist mir sehr wichtig. Für Ihren Einsatz bei diesem ca. einstündigen Interview erhalten Sie EUR 10.--. Sie erhalten die Vergütung bei Abgabe des ausgefüllten Frage-bogens.

Entwickelt wurde dieser Fragebogen im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Universität Zürich in Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten, Pflegepersonal, Psychologen und Psychiater von psychiatrischen Kliniken. Als neutrale Person (Doktorandin) garantiere ich Ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität im Umgang mit Ihren Daten.

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen folgende Punkte:

- Lesen Sie zu jeder Frage alle Antwortmöglichkeiten durch.
- Kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwort an! (Ausnahme: Mehrfachantworten)
- Die Fragen beziehen sich auf die jetztige Station Ihres Aufenthaltes.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, was für mich zählt, ist einzig und alleine Ihre Meinung!

Wenn Sie noch Fragen haben, bitte ich Sie, mich während dem Testinterview direkt zu fragen. Ich bin die ganze Zeit anwesend.

1. Sind Sie wegen einer akuten psychischen Krise eingetreten oder war Ihr Aufenthalt im voraus geplant?

1 ☐ Krise

2 ☐ Im voraus geplant

2. Waren Sie freiwillig in der Psychiatrie oder wurden Sie zwangs-ingewiesen?

Zwangseingewiesen.....1 ☐

Freiwillig.....2 ☐ Gehen Sie zur Frage 8

3. Hat man Sie bei der Zwangseinweisung über Ihre Rechte (zum Beispiel Rekursmöglichkeit) *aufgeklärt*?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

4. Hat man Ihnen bei der Zwangseinweisung geholfen, Ihre Rechte *wahrzunehmen*?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

5. Wurde während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich)

Fixierung.....1 ☐

Isolierung im Zimmer.....2 ☐

Verbot, die Station zu verlassen.....3 ☐

Tabletten einnehmen, die Sie nicht wollten.....4 ☐

Spritze, die Sie nicht wollten.....5 ☐

Unter Beobachtung durch Pflegepersonal gestellt.....6 ☐

Keine der Massnahmen durchgeführt.....7 ☐ Gehen Sie zur Frage 8

6. Wurden diese Massnahmen zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihnen nachbesprochen?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, manchmal

3 ☐...Nein

7. Wären diese Massnahmen Ihrer Meinung nach zu verhindern gewesen?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, manchmal

3 ☐...Nein

8. Waren Sie beim letzten Aufenthalt auf einer geschlossenen Abteilung?

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐ **Gehen Sie zur Frage 12**

AUFENTHALT IN DER GESCHLOSSENEN ABTEILUNG
--

9. Hat man Sie auf der geschlossenen Abteilung über Ihre Rechte (z.B. Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

10. Hat man Ihnen auf der geschlossenen Abteilung geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

11. Erhielten Sie während Ihres Aufenthaltes genügend Informationen über die Art, Ursachen und Therapiemöglichkeiten Ihrer Störung?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

AUFNAHME IN DIE PSYCHIATRIE

12. Wie organisiert war das Aufnahmeverfahren?

Schlecht organisiert..... 1 ☐

Einigermaßen organisiert..... 2 ☐

Gut organisiert..... 3 ☐

Hatte Zwangseinweisung 4 ☐

13. Wurden Sie freundlich und verständnisvoll vom Spitalpersonal in dieser Psychiatrie empfangen?

1 ☐...Ja, eindeutig

2 ☐...Ja, so ziemlich

3 ☐...Nein

14. Wurde Ihnen nach der Aufnahme das weitere Vorgehen erklärt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN

(Anmerkung: Unter den Ärzten sind die Psychiater gemeint. Diese dürfen Ihnen auch Medikamente verschreiben.)

15. Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der/die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig war?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja

3 ☐...Ich bin mir nicht sicher

4 ☐...Ich hatte
mehrere Arztwechsel

16. Finden Sie, dass der zuständige Arzt oder die zuständige Ärztin genügend Zeit für Sie gehabt hat?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

17. Wie würden Sie die Höflichkeit Ihrer Ärzte oder Ihrer Ärztinnen beurteilen?

1 ☐ Sehr gut

2 ☐ Gut

3 ☐ Mittelmässig

4 ☐ Schlecht

5 ☐ Sehr schlecht

18. Hatten Sie Vertrauen in Ihre Ärzte und Ärztinnen?

1 ☐...Ja, immer

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Zu Beginn nicht, dann ja

4 ☐...Zu Beginn ja, dann nein

5 ☐...nein

19. Haben Sie Ihre Ärzte und Ärztinnen während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

PFLEGEPERSONAL (PSYCHIATRIEPFLEGER-INNEN)
--

20. Gab es bestimmte Pflegepersonen, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?

- 1 ☐ ...Nein 2 ☐ ...Ja 3 ☐ ...Ich bin mir nicht sicher
4 ☐ ...Ich hatte mehrere Pflegepersonalwechsel

21. Wie würden Sie die Höflichkeit des Pflegepersonals beurteilen?

- 1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

22. Hatten Sie Vertrauen in das Pflegepersonal?

- 1 ☐ ...Ja, immer 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Zu Beginn nicht, dann ja
4 ☐ ...Zu Beginn ja, dann nein 5 ☐ ...nein

23. Finden Sie, dass das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie gehabt hat?

- 1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

24. Haben Sie das Pflegepersonal während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

- 1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

THERAPIEN

25. Hat der Therapieplan Ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprochen?

- Nein, ich war unterfordert 1 ☐
Nein, ich war überfordert 2 ☐
Nein 3 ☐
Ja, völlig 4 ☐
Ja, einigermaßen 5 ☐

26. Wie gut sind Sie über das Therapieangebot informiert worden?

1 ☐...Zu stark

2 ☐...Ausreichend

3 ☐...Zu wenig

27. Finden Sie, dass Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausreichend ausleben konnten?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

28. Wurden Ihre Familie oder andere Angehörigen im für Sie richtigen Ausmass in die Therapie miteinbezogen?

Ja, völlig 1 ☐

Ja, einigermaßen 2 ☐

Nein 3 ☐

Ich wollte keinen Einbezug der Familie oder Angehörigen..... 4 ☐

Ich habe keine Familie oder Angehörige 5 ☐

29. Konnten Sie, wenn Sie es wollten, ungestört mit Ihrer Familie oder anderen Angehörigen telefonieren oder sprechen?

Ja, völlig 1 ☐

Ja, einigermaßen 2 ☐

Nein 3 ☐

Ich wollte nicht mit Familie, Angehörigen telefon./sprechen..... 4 ☐

Ich habe keine Familie oder Angehörige 5 ☐

30. Konnten Sie bei Ihrer Behandlung genügend mitbestimmen?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

31. Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

32. Wenn Sie körperliche Beschwerden hatten: Fühlten Sie sich medizinisch gut betreut?

- Ja, völlig 1 ☐
 Ja, einigermaßen 2 ☐
 Nein 3 ☐
 Ich hatte keine körperlichen Beschwerden..... 4 ☐

33. Ist Ihre soziale Situation (Arbeit, Finanzen, Wohnung) in genügendem Ausmass in die Therapie miteinbezogen worden?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

34. Wie hilfreich fanden Sie folgende Therapieformen?

-- = Sehr schlecht - = Schlecht 0 = Mittelmässig + = Gut ++ = Sehr Gut

	--	-	0	+	++	nicht gehabt	nicht angeboten
Einzeltherapie mit <u>Psychiater</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzeltherapie mit <u>Psychologe</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmakotherapie (Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergo- und Gestaltungs Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musiktherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreativtherapie (z.B. Töpfern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsrehabilitation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	--	-	0	+	++	nicht gehabt	nicht angeboten

35. Wurden Ihnen auch Wahlmöglichkeiten zu den Therapien angeboten?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

36. Hat die Behandlung, die Sie in der Psychiatrie erhielten, Ihnen dabei geholfen, besser mit Ihrer Krankheit umzugehen?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

THERAPEUTEN UND THERAPEUTINNEN

Anmerkung: Unter den Therapeuten sind diejenigen Personen gemeint, welche die Therapieformen in der Frage 34 (Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, etc.) durchgeführt haben.

37. Gab es bestimmte Therapeuten, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

38. Wie würden Sie die Höflichkeit der Therapeuten beurteilen?

1 ☐ Sehr gut

2 ☐ Gut

3 ☐ Mittelmässig

4 ☐ Schlecht

5 ☐ Sehr schlecht

39. Hatten Sie Vertrauen in die Therapeuten?

1 ☐...Ja, immer

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

40. Finden Sie, dass der Therapeut genügend Zeit für Sie gehabt hat?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

41. Haben Sie die Therapeuten während der Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

MEDIKAMENTE UND INFORMATION

42. Sind Sie mit Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt worden?

1 ☐...Ja

2 ☐...Nein

Gehen Sie weiter zur Frage 47

43. Wie gut wurden Sie über die Hauptwirkungen der Medikamente informiert?

1 ☐ Sehr gut

2 ☐ Gut

3 ☐ Mittelmässig

4 ☐ Schlecht

5 ☐ Sehr schlecht

44. Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen der Medikamente informiert?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

45. Wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente und deren Nebenwirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

46. Wurden Ihnen Behandlungsalternativen zu den Medikamenten an-geboten?

1 ☐...Ja 2 ☐...Ja, zum Teil 3 ☐...Nein

47. Wie gut wurden Sie über Ihre Krankheit (Früherkennung, Verlauf, etc.) informiert und aufgeklärt?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

48. Wurden Sie über Ihre Krankheit und ihre Auswirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

AUFENTHALT ALLGEMEIN

49. Hatten Sie das Gefühl, in Ihrer psychischen Störung ernstgenommen und verstanden zu werden?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

50. Wenn Sie das Bedürfnis nach einem Gespräch hatten, war es leicht, jemand unter dem Behandlungsteam zu finden, der mit Ihnen über Ihre Sorgen und Bedenken sprach?

1 ☐...Ja, sehr 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

51. Sind Sie während Ihres Aufenthaltes über Ihre Rechte und Pflichten in ausreichendem Masse aufgeklärt worden?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

52. Haben Sie das Gefühl, Sie wurden während Ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie mit Respekt und Würde behandelt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

53. Wie gut finden Sie, hat das Behandlungsteam zusammengearbeitet?

1 ☐ Sehr gut

2 ☐ Gut

3 ☐ Mittelmässig

4 ☐ Schlecht

5 ☐ Sehr schlecht

54. Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?

Ja..... 1 ☐

Ja, einigermaßen 2 ☐

Nein 3 ☐

55. Wussten Sie, an wen Sie sich bei Problemen, Reklamationen oder Fragen wenden konnten?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

ENTLASSUNG UND NACHBETREUUNG

56. Haben Sie das Schlussgespräch vor Klinikaustritt als hilfreich erlebt?

Ja..... 1 ☐

Ja, einigermaßen 2 ☐

Nein 3 ☐

Es gab kein Schlussgespräch 4 ☐

57. Wie gut wurden Sie auf die Entlassungssituation vorbereitet?

1 ☐ Sehr gut

2 ☐ Gut

3 ☐ Mittelmässig

4 ☐ Schlecht

5 ☐ Sehr schlecht

58. War Ihre Nachbetreuung bei Ihrer Entlassung geregelt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

59. Wie beurteilen Sie Ihren Entlassungszeitpunkt aus der Psychiatrie?

1 ☐...Zu früh

2 ☐...Richtig

3 ☐...Zu spät

60. Wurden Ihrer Familie oder anderen Angehörigen vom Behandlungsteam ausreichend Informationen gegeben, um Sie in der Zeit nach der Entlassung unterstützen zu können?

- Ja, völlig 1 ☐
 Ja, einigermaßen 2 ☐
 Nein 3 ☐
 Ich wollte keinen Einbezug der Familie oder Angehörigen..... 4 ☐
 Ich habe keine Familie oder Angehörigen 5 ☐

61. Wussten Sie, wohin Sie sich bei einem Rückfall wenden können?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, ungefähr 3 ☐...Nein

HOTELLERIE / INFRASTRUKTUR

62. Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht - = Schlecht 0 = Mittelmässig + = Gut ++ = Sehr Gut

	--	-	0	+	++
Einrichtung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matratzenqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablage- und Verstaumöglichkeiten von Eigentum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatsphäre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht - = Schlecht 0 = Mittelmässig + = Gut ++ = Sehr Gut

	--	-	0	+	++
Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmack der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grösse der Portionen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präsentation der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatur der Mahlzeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeitqualität insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Wenn Sie Raucher/in sind: Wie gut fanden Sie die Rauchecken in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht - = Schlecht 0 = Mittelmässig + = Gut ++ = Sehr Gut

	--	-	0	+	++
Grösse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzmöglichkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Wenn Sie Nichtraucher/in sind: Fühlten Sie sich durch das Rauchen belästigt?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, ab und zu 3 ☐...Nein

66. Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf...

-- = Sehr schlecht - = Schlecht 0 = Mittelmässig + = Gut ++ = Sehr Gut

	--	-	0	+	++
Sauberkeit der eigenen Dusche/Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Etagendusche/Bades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit der Etagendusche/Bades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit des eigenen WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit des Etagen-WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit des Etagen-WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESAMTEINDRUCK

67. Haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes auf der Psychiatrie insgesamt beschützt und sicher aufgehoben gefühlt, auch im Falle eines Notfalles?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

68. Wie würden Sie allgemein die Behandlung beurteilen, die Sie in der Psychiatrie erhalten haben?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

69. Wenn Sie noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es?

ZU IHRER PERSON

70. Sie sind: 1 ☐ eine Frau 2 ☐ ein Mann

71. Wie würden Sie im allgemeinen Ihren heutigen Gesundheitszustand beurteilen?

1 ☐ Sehr gut 2 ☐ Gut 3 ☐ Mittelmässig 4 ☐ Schlecht 5 ☐ Sehr schlecht

72. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

73. Ich bin auf folgender Station aufgenommen:

74. Ich bin in psychiatrischer Behandlung wegen..

- ☐ 1 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 - ☐ 2 Affektive Störungen (z.B. Manie, Depression)
 - ☐ 3 Organische Störungen
 - ☐ 4 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
 - ☐ 5 Psychosomatik, Neurosen
 - ☐ 6 Suchtproblematik (z.B. Alkohol, Drogen)
 - ☐ 7 Sexualstörungen
 - ☐ 8 Altersspezifische Störungen (Demenz, etc.)
 - ☐ 9 Anderes _____
-

75. Mein jetziger stationärer Aufenthalt beträgt...

- Bis 5 Tage..... 1 ☐
 - 6-10 Tage..... 2 ☐
 - 11-20 Tage 3 ☐
 - 3 Wochen und länger..... 4 ☐
-

76. Sind Sie in den letzten 12 Monaten schon einmal psychiatrisch behandelt worden?

1 ☐ Nein, dieses ist das erste Mal 2 ☐ Ja, einmal 3 ☐ Ja, mehrmals

77. Wie ist Ihr Zivilstand?

1 ☐ Single 2 ☐ Verheiratet 3 ☐ Geschieden 4 ☐ Getrennt lebend 5 ☐ Verwitwet

78. Ich habe täglichen Kontakt mit den Mitpatienten...

- ☐ 1 1-4 Stunden
 - ☐ 2 5-7 Stunden
 - ☐ 3 den ganzen Tag
-

79. Wie lange brauchten Sie, um diesen Fragebogen auszufüllen?

- ☐ 1 30-40 Minuten
 - ☐ 2 40-50 Minuten
 - ☐ 3 50-60 Minuten
 - ☐ 4 länger
-

80. Finden Sie, dass der Fragebogen zu lange ist?

1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

81. Wie beurteilen Sie das Layout des Fragebogens, d.h. die Gestaltung dieses Fragebogens?

- ☐ 1 Sehr Gut
 - ☐ 2 Gut
 - ☐ 3 Mittelmässig
 - ☐ 4 Schlecht
 - ☐ 5 Sehr Schlecht
-

ENDE. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

ANHANG A 11

1. Seite Pilot-Fragebogen Universitätskliniken:

*ETIKETTE des Spitals mit
Patientennummer*

Fragebogen zu Ihrem Aufenthalt in der Psychiatrie

BITTE VOR DEM AUSFÜLLEN LESEN:

Wir danken Ihnen, dass Sie sich bereit erklären, an dieser Umfrage teilzunehmen. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!

Dieser Fragebogen wurde von der Psychologin Frau Mag. Thiemuth Maria Plank im Rahmen ihrer Doktorarbeit in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten, Pflegepersonal, Psychologen und Psychiatern entwickelt. Wir sichern Ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität im Umgang mit Ihren Daten zu. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich!

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen folgende Punkte:

- Die Fragen sind von Ihnen selber zu beantworten.
- Lesen Sie zu jeder Frage alle Antwortmöglichkeiten durch.
- Kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwort an! (Ausnahme: Mehrfachantworten).
- Bei einigen Antworten steht neben dem Antwortkästchen der Satz: „Gehen Sie weiter zur Frage ..“. Bitte überspringen Sie dann die nachfolgenden Fragen und gehen Sie weiter zu der angegebenen Fragenummer.
- **Die Befragung findet in der Schweiz und in Österreich statt; deshalb können verschiedene Ausdrücke nebeneinander stehen (z.B. Zwangseinweisung und FFE).**
- **Bitte beachten Sie auch, dass sich die „beste“ Antwortmöglichkeit manchmal auf der linken, manchmal aber auch auf der rechten Seite befinden kann.**
- **Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten; was zählt, ist einzig und allein Ihre Erfahrungen, die Sie während Ihres Spitalaufenthalts gemacht haben.**

Haben Sie noch Fragen? Kontaktieren Sie Frau Plank: ÖSTERREICH: „Patientenbefragung“, Postfach 53, A-6850 Dornbirn; Tel. 0041-79-701 11 62. SCHWEIZ: „Patientenbefragung“, Neudorfstrasse 28, CH-6313 Menzingen; Tel. 079-701 11 62. e-Mail: plank.tima@bluewin.ch

1. Seite Pilot-Fragebogen Selbstbetroffene:

Fragebogen zu Ihrem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie

BITTE VOR DEM AUSFÜLLEN LESEN:

Ich danke Ihnen, dass Sie sich bereit erklären, an dieser Umfrage teilzunehmen. Ihre Meinung ist mir sehr wichtig!

Diesen Fragebogen habe ich im Rahmen meines Forschungsprojektes (Dissertation) an der Universität Zürich in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten, Pflegepersonal, Psychologen und Psychiater entwickelt. Ich sichere Ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität im Umgang mit Ihren Daten zu. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich.

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen folgende Punkte:

- Sie können den Fragebogen nur ausfüllen, wenn Sie **EINEN STATIONÄREN AUFENTHALT IN EINER PSYCHIATRIE** erlebt haben. Die Fragen beziehen sich auf **Ihren letzten stationären Aufenthalt** in einer Psychiatrie.
- Die Fragen sind von Ihnen selber zu beantworten.
- Lesen Sie zu jeder Frage alle Antwortmöglichkeiten durch.
- Kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwort an! (Ausnahme: Mehrfachantworten)
- Bei einigen Antworten steht neben dem Antwortkästchen der Satz: „Gehen Sie weiter zur Frage ..“. Bitte überspringen Sie dann die nachfolgenden Fragen und gehen Sie weiter zu der angegebenen Fragennummer.
- Es gibt **keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten**; was zählt, ist einzig und allein Ihre Erfahrungen, die Sie während Ihres Spitalaufenthalts gemacht haben.
- Die Befragung findet in der Schweiz und in Österreich statt; deshalb können verschiedene Ausdrücke nebeneinander stehen (z.B. Zwangseinweisung und FFE)
- Sobald Sie mit dem Ausfüllen fertig sind, **verwenden Sie bitte den beigelegten adressierten und frankierten Umschlag** und schicken den Fragebogen an meine Privatadresse: „Selbstbetroffenenbefragung“, Neudorfstr. 28, CH-6313 Menzingen, Kanton Zug.

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie mich an: (0041) 079 701 11 62 oder schreiben oder mailen Sie mir: Mag. T. Plank, Psychologin, Neudorfstrasse 28, CH-6313 Menzingen. plank.tima@bluewin.ch.

Ich danke Ihnen im voraus ganz herzlich für Ihre Mithilfe!

Basisteil Pilot-Fragebogen für alle Teilnehmer:

1. Sind Sie wegen einer akuten psychischen Krise eingetreten oder war Ihr Aufenthalt im voraus geplant?

1 ☐...Krise 2 ☐...Im voraus geplant

2. Waren Sie freiwillig in der Psychiatrie oder wurden Sie zwangs-ingewiesen (= fürsorgerischer Freiheitsentzug FFE)?

Zwangseingewiesen/FFE..... 1 ☐

Freiwillig..... 2 ☐ **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 8**

3. Hat man Sie bei der Zwangseinweisung/FFE über Ihre Rechte (zum Beispiel Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

4. Hat man Ihnen bei der Zwangseinweisung/FFE geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?

1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig

5. Wurde während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich)

Fixierung 1 ☐
Isolierung im Zimmer 2 ☐
Verbot, die Station zu verlassen 3 ☐
Tabletten einnehmen, die Sie nicht wollten 4 ☐
Spritze, die Sie nicht wollten 5 ☐
Unter Beobachtung durch Pflegepersonal gestellt 6 ☐

Keine der Massnahmen durchgeführt..... 7 ☐ **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 8**

6. Wurden die in der Frage 5 aufgelisteten Massnahmen zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihnen nachbesprochen?

1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, manchmal 3 ☐...Nein

7. Wären diese Massnahmen Ihrer Meinung nach zu verhindern gewesen?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

8. Waren Sie beim letzten Aufenthalt auf einer geschlossenen Abteilung?

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐ **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 12**

AUFENTHALT IN DER GESCHLOSSENEN ABTEILUNG
--

9. Hat man Sie auf der geschlossenen Abteilung über Ihre Rechte (z.B. Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

10. Hat man Ihnen auf der geschlossenen Abteilung geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

11. Erhielten Sie während Ihres Aufenthaltes genügend Informationen über die Art, Ursachen und Therapiemöglichkeiten Ihrer Störung?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

AUFNAHME IN DIE PSYCHIATRIE

12. Wurden Sie beim Eintritt über alles Wichtige informiert?

Voll und ganz 1 ☐

Einigermaßen 2 ☐

Eher nicht 3 ☐

Gar nicht 4 ☐

Ich hatte Zwangseinweisung 5 ☐ **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 15**

13. Wie wurden Sie bei der Ankunft auf der Station empfangen und betreut?

1 ☐..Sehr gut 2 ☐..Einigermaßen gut 3 ☐..Eher schlecht 4 ☐..Sehr schlecht

14. Wurde Ihnen nach der Aufnahme das weitere Vorgehen erklärt?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN

Anmerkung: Unter Ärzte sind die Psychiater gemeint. Diese dürfen Ihnen auch Medikamente verschreiben.

15. Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der/die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig war?

- 1 ☐...Ja 2 ☐...Ich bin mir nicht sicher 3 ☐...Nein, ich hatte mehrere
Arztwechsel

16. Hatten Sie genügend Gespräche mit dem Arzt/der Ärztin?

- 1 ☐...Sicher ja 2 ☐...Einigermaßen ja 3 ☐...Eher nicht 4 ☐...Gar nicht

17. Wie wurden Sie von den Ärztinnen/Ärzten behandelt?

- Sehr respektlos..... 1 ☐
Eher respektlos..... 2 ☐
Einigermaßen respektvoll..... 3 ☐
Sehr respektvoll..... 4 ☐

18. Wie würden Sie die Höflichkeit Ihrer Ärzte oder Ihrer Ärztinnen beurteilen?

- 1 ☐..Sehr schlecht 2 ☐..Schlecht 3 ☐..Mittelmässig 4 ☐..Gut 5 ☐..Sehr gut

19. Hatten Sie Vertrauen in Ihre Ärzte und Ärztinnen?

- 1 ☐...Ja, immer 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Zu Beginn nicht, dann ja
4 ☐...Zu Beginn ja, dann nein 5 ☐...nein

20. Haben Sie Ihre Ärzte und Ärztinnen während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig

21. Wie wurden Sie von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin fachlich betreut?

- 1 ☐..Sehr gut 2 ☐..Einigermaßen gut 3 ☐..Eher schlecht 4 ☐..Sehr schlecht

PFLEGEPERSONAL (PSYCHIATRIEPFLEGER, -INNEN)
--

22. Gab es bestimmte Pflegepersonen, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?

- 1 ☐...Ja 2 ☐...Ich bin mir nicht sicher 3 ☐...Nein, ich hatte mehrere Pflegepersonalwechsel
-

23. Waren Sie über An- und Abwesenheiten des Sie betreuenden Personales immer informiert?

- 1 ☐... Gar nicht 2 ☐... Selten 3 ☐... Meistens 4 ☐... Immer
-

24. Wie wurden Sie von den Pflegenden behandelt?

- Sehr respektlos..... 1 ☐
Eher respektlos..... 2 ☐
Einigermassen respektvoll..... 3 ☐
Sehr respektvoll..... 4 ☐
-

25. Wie würden Sie die Höflichkeit des Pflegepersonals beurteilen?

- 1 ☐..Sehr gut 2 ☐..Gut 3 ☐..Mittelmässig 4 ☐..Schlecht 5 ☐..Sehr schlecht
-

26. Hatten Sie Vertrauen in das Pflegepersonal?

- 1 ☐...Ja, immer 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Zu Beginn nicht, dann ja
4 ☐...Zu Beginn ja, dann nein 5 ☐...nein
-

27. Finden Sie, dass das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie gehabt hat?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig
-

28. Haben Sie das Pflegepersonal während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein

THERAPIEN

29. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?

1 ☐ ..Eindeutig nicht 2 ☐ ..Eigentlich nicht 3 ☐ ..Im Allgemeinen ja 4 ☐ ..Eindeutig ja

30. Wie gut sind Sie über das Therapieangebot informiert worden?

1 ☐ ...Zu stark 2 ☐ ...Ausreichend 3 ☐ ...Zu wenig

31. Durften Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausleben, indem Sie z.B. nicht sofort Medikamente bekamen?

1 ☐ ...Ja, völlig 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Nein

32. Wie wurden Ihre Angehörigen (Eltern, FreundIn, nahe Bekannte) in die Behandlung einbezogen?

Zuviel 1 ☐
Eher zu viel 2 ☐
Genau richtig 3 ☐
Eher zu wenig 4 ☐
Viel zu wenig 5 ☐
Betrifft mich nicht 6 ☐

33. Konnten Sie, wenn Sie es wollten, ungestört mit Ihrer Familie oder anderen Angehörigen telefonieren oder sprechen?

Ja, völlig 1 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 3 ☐
Betrifft mich nicht 4 ☐

34. Wie wurden Sie bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen?

1 ☐ ..Sehr gut 2 ☐ ..Einigermaßen gut 3 ☐ ..Eher schlecht 4 ☐ ..Sehr schlecht

35. Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?

1 ☐ ...Nein 2 ☐ ...Ja, einigermaßen 3 ☐ ...Ja, völlig 4 ☐ ...Betrifft mich nicht

36. Wenn Sie körperliche Beschwerden hatten: Fühlten Sie sich medizinisch gut betreut?

1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig 4 ☐...Betrifft mich nicht

37. Ist Ihre soziale Situation (Arbeit, Finanzen, Wohnung) in genügendem Ausmass in die Therapie miteinbezogen worden?

1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig

38. Wie hilfreich fanden Sie folgende Therapieformen?

	-- = Sehr schlecht	- = Schlecht	0 = Mittelmässig	+ = Gut	++ = Sehr gut		
	--	-	0	+	++	Nicht gehabt	Nicht angeboten
Einzeltherapie mit <u>Psychiater</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzeltherapie mit <u>Psychologe</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmakotherapie (Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergo- und Gestalttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musiktherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreativtherapie (z.B. Töpfern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsrehabilitation (Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

39. Wieviel Einfluss konnten Sie bei der Auswahl der Therapien (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) nehmen?

- Sehr wenig..... 1 ☐
Eher wenig..... 2 ☐
Genügend viel 3 ☐
Sehr viel..... 4 ☐
Hatte keine solche Therapie..... 5 ☐
-

40. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen?

- Ja, sie half sehr 1 ☐
Ja, sie half etwas 2 ☐
Nein, sie half eigentlich nicht..... 3 ☐
Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht 4 ☐
-

THERAPEUTEN UND THERAPEUTINNEN

Anmerkung: Unter den Therapeuten sind diejenigen Personen gemeint, welche die Therapieformen in der Frage 38 (Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, etc.) durchgeführt haben, mit Ausnahme der Psychiater.

41. Gab es bestimmte Therapeuten, die für Sie die ganze Zeit des Auf-enthaltes zuständig waren?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, immer
-

42. Wie wurden Sie vom Personal der therapeutischen Dienste (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) behandelt?

- Sehr respektlos..... 1 ☐
Eher respektlos..... 2 ☐
Einigermaßen respektvoll..... 3 ☐
Sehr respektvoll..... 4 ☐
Hatte keine solche Therapie..... 5 ☐
-

43. Wie würden Sie die Höflichkeit der Therapeuten beurteilen?

- 1 ☐..Sehr schlecht 2 ☐..Schlecht 3 ☐..Mittelmässig 4 ☐..Gut 5 ☐..Sehr gut
-

44. Hatten Sie Vertrauen in die Therapeuten?

- 1 ☐...Ja, immer 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Zu Beginn nicht, dann ja
4 ☐...Zu Beginn ja, dann nein 5 ☐...nein
-

45. Finden Sie, dass der Therapeut genügend Zeit für Sie gehabt hat?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, immer
-

46. Haben Sie die Therapeuten während der Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig
-

MEDIKAMENTE UND INFORMATION

47. Sind Sie mit Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt worden?

- 1 ☐...Ja
2 ☐...Nein **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 52**
-

48. Wie gut wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente informiert?

- 1 ☐..Sehr schlecht 2 ☐..Eher schlecht 3 ☐..Einigermaßen gut 4 ☐..Sehr gut
-

49. Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen Ihrer Medikamente informiert?

- 1 ☐..Sehr schlecht 2 ☐..Eher schlecht 3 ☐..Einigermaßen gut 4 ☐..Sehr gut
-

50. Wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente und deren Nebenwirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?

- 1 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Nein
-

51. Wurden Ihnen Behandlungsalternativen zu den Medikamenten an-geboten?

1 ☐...Ja

2 ☐...Ja, zum Teil

3 ☐...Nein

52. Wie gut wurden Sie über Ihre Krankheit (Früherkennung, Verlauf, etc.) informiert und aufgeklärt?

1 ☐..Sehr gut

2 ☐..Gut

3 ☐..Mittelmässig

4 ☐..Schlecht

5 ☐..Sehr schlecht

53. Wurden Sie über Ihre Krankheit und ihre Auswirkungen so informiert und aufgeklärt, dass Sie es auch verstehen konnten?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

AUFENTHALT ALLGEMEIN

54. Hatten Sie das Gefühl, in Ihrer psychischen Störung ernstgenommen und verstanden zu werden?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

55. Wenn Sie das Bedürfnis nach einem Gespräch hatten, war es leicht, jemand unter dem Behandlungsteam zu finden, der mit Ihnen über Ihre Sorgen und Bedenken sprach?

1 ☐...Ja, sehr

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

56. Sind Sie während Ihres Aufenthaltes über Ihre Rechte und Pflichten in ausreichendem Masse aufgeklärt worden?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

57. Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?

1 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Nein

58. Wussten Sie, an wen Sie sich bei Problemen, Reklamationen oder Fragen wenden konnten?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

ENTLASSUNG UND NACHBETREUUNG

59. Haben Sie das Schlussgespräch vor Klinikaustritt als hilfreich erlebt?

- Ja 1 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 3 ☐
Es gab kein Schlussgespräch 4 ☐
Ich wollte kein Schlussgespräch 5 ☐
-

60. Wie wurden Sie auf Ihre Entlassung vorbereitet?

- 1 ☐... Sehr gut 2 ☐... Ziemlich gut 3 ☐... Eher schlecht 4 ☐... Sehr schlecht
-

61. War Ihre Nachbetreuung genügend gut organisiert?

- Sehr gut 1 ☐
Ziemlich gut 2 ☐
Eher schlecht 3 ☐
Sehr schlecht 4 ☐
Betrifft mich nicht 5 ☐
-

62. Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt der Entlassung?

- Viel zu spät 1 ☐
Eher zu spät 2 ☐
Genau richtig 3 ☐
Eher zu früh 4 ☐
Viel zu früh 5 ☐
-

63. Wurden Ihrer Familie oder anderen Angehörigen vom Behandlungsteam ausreichend Informationen gegeben, um Sie in der Zeit nach der Entlassung unterstützen zu können?

- Ja, völlig 1 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 3 ☐
Betrifft mich nicht 4 ☐
-

64. Wussten Sie, wohin Sie sich bei einem Rückfall wenden können?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, ungefähr 3 ☐...Ja, völlig

HOTELLERIE / INFRASTRUKTUR

65. Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht	- = Schlecht	0 = Mittelmässig	+ = Gut	++ = Sehr gut
---------------------------	---------------------	-------------------------	----------------	----------------------

	--	-	0	+	++
Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matratzenqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablage- und Verstaumöglichkeiten von Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatsphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hat Ihr Zimmer Ihren Ansprüchen genügt?

1 ☐..Ganz und gar nicht 2 ☐..Eher nicht 3 ☐..Einigermassen 4 ☐..Vollkommen

67. Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht	- = Schlecht	0 = Mittelmässig	+ = Gut	++ = Sehr gut
---------------------------	---------------------	-------------------------	----------------	----------------------

	--	-	0	+	++
Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmack der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grösse der Portionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präsentation der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatur der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Sind Sie Raucher/in?

1 ☐...Ja

2 ☐...Nein **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 70**

69. Wie gut fanden Sie die Rauchecken in Bezug auf ...

-- = Sehr schlecht	- = Schlecht	0 = Mittelmässig	+ = Gut	++ = Sehr gut
--------------------	--------------	------------------	---------	---------------

	--	-	0	+	++
Grösse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Wenn Sie Nichtraucher/in sind: Fühlten Sie sich durch das Rauchen belästigt?

- Ja, völlig..... 1 ☐
 Ja, einigermaßen 2 ☐
 Nein 3 ☐
 Ich bin Raucher/in..... 4 ☐

71. Wie gut finden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf...

-- = Sehr schlecht	- = Schlecht	0 = Mittelmässig	+ = Gut	++ = Sehr gut
--------------------	--------------	------------------	---------	---------------

	--	-	0	+	++	Nicht vorhanden
Sauberkeit der eigenen Dusche/Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Etagedusche/Bades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit der Etagedusche/Bades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit des eigenen WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit des Etagen-WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit des Etagen-WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESAMTEINDRUCK

72. In welchem Masse hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?

- 1 ☐... Voll und ganz 2 ☐... Weitgehend 3 ☐... Eher nicht 4 ☐... Gar nicht

73. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?

1 ☐... Ausgezeichnet 2 ☐... Gut 3 ☐... Eher schlecht 4 ☐... Schlecht

74. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen?

Sehr zufrieden 1 ☐
Weitgehend zufrieden..... 2 ☐
Leicht unzufrieden 3 ☐
Ziemlich unzufrieden 4 ☐

75. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

Ziemlich unzufrieden 1 ☐
Leicht unzufrieden 2 ☐
Weitgehend zufrieden..... 3 ☐
Sehr zufrieden 4 ☐

76. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?

1 ☐...Eindeutig ja 2 ☐...Eher ja 3 ☐... Eher nicht 4 ☐... Eindeutig nicht

77. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

1 ☐...Eindeutig nicht 2 ☐...Eher nicht 3 ☐... Eher ja 4 ☐... Eindeutig ja

**78. Wenn Sie sich noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es?
Oder anders ausgedrückt: Was sollte sich auf keinen Fall wiederholen oder mit
was waren Sie unzufrieden?**

Soziodemographische Fragen Pilot-Fragebogen Universitätskliniken:

79. Sie sind: 1 ☐... eine Frau 2 ☐... ein Mann

80. Wie würden Sie im Allgemeinen Ihren heutigen Gesundheitszustand beurteilen?

1 ☐...Sehr schlecht 2 ☐...Schlecht 3 ☐...Mittelmässig 4 ☐...Gut 5 ☐...Sehr gut

81. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

82. Sind Sie in den letzten 12 Monaten schon einmal psychiatrisch behandelt worden?

1 ☐... Nein, dieses ist das erste Mal 2 ☐... Ja, einmal 3 ☐... Ja, mehrmals

83. Ich bin/war in psychiatrischer Behandlung wegen..

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1 <input type="checkbox"/>
Affektive Störungen (z.B. Depression, Manie)	2 <input type="checkbox"/>
Organische Störungen	3 <input type="checkbox"/>
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	4 <input type="checkbox"/>
Psychosomatik, Neurosen	5 <input type="checkbox"/>
Suchtproblematik (z.B. Alkohol, Drogen)	6 <input type="checkbox"/>
Sexualstörungen	7 <input type="checkbox"/>
Altersspezifische Störungen (Demenz, etc.)	8 <input type="checkbox"/>
Anderes:	9 <input type="checkbox"/>

84. Mein letzter stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie betrug...

Bis 5 Tage..... 1 ☐
6-10 Tage..... 2 ☐
11-20 Tage 3 ☐
3 Wochen und länger..... 4 ☐

85. Wie sind Sie versichert?

1 ☐... Allgemein

2 ☐... Halbprivat

3 ☐... Privat

86. Wie ist Ihr Zivilstand?

Single..... 1 ☐

Lebensgemeinschaft..... 2 ☐

Verheiratet 3 ☐

Geschieden..... 4 ☐

Getrennt lebend 5 ☐

Verwitwet 6 ☐

87. Wie lange brauchten Sie, um diesen Fragebogen auszufüllen?

30 – 40 Minuten 1 ☐

40 – 50 Minuten 2 ☐

50 – 60 Minuten 3 ☐

länger..... 4 ☐

88. Finden Sie, dass der Fragebogen zu lange ist?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

89. Wie gut finden Sie, dass dieser Fragebogen Ihre Erfahrung zu Ihrem stationären psychiatrischen Aufenthalt abdeckt hat?

1 ☐..Sehr gut 2 ☐..Gut 3 ☐..Mittelmässig 4 ☐..Schlecht 5 ☐..Sehr schlecht

E N D E

Soziodemographische Fragen Pilot-Fragebogen Selbstbetroffene:

79. Sie sind: 1 ☐... eine Frau 2 ☐... ein Mann

80. Durch welche Selbstbetroffenenorganisation haben Sie diesen Fragebogen bekommen?

1 ☐ Equilibrium 2 ☐ Pro Mente Sana 3 ☐ Omnibus 4 ☐ Andere: _____

81. Wie würden Sie im allgemeinen Ihren heutigen Gesundheitszustand beurteilen?

1 ☐..Sehr schlecht 2 ☐..Schlecht 3 ☐..Mittelmässig 4 ☐..Gut 5 ☐..Sehr gut

82. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

83. Ich bin/war in psychiatrischer Behandlung wegen..

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1 <input type="checkbox"/>
Affektive Störungen (z.B. Depression, Manie)	2 <input type="checkbox"/>
Organische Störungen	3 <input type="checkbox"/>
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	4 <input type="checkbox"/>
Psychosomatik, Neurosen	5 <input type="checkbox"/>
Suchtproblematik (z.B. Alkohol, Drogen)	6 <input type="checkbox"/>
Sexualstörungen	7 <input type="checkbox"/>
Altersspezifische Störungen (Demenz, etc.)	8 <input type="checkbox"/>
Anderes:	9 <input type="checkbox"/>

84. Die Klinik war ein/eine....

Universitätsklinik / -spital 1 ☐

Kantonsspital/Landeskh 2 ☐

Anderes: _____ 3 ☐

im Kanton/im Bundesland: _____

Name der Klinik: _____

85. Mein letzter stationärer Aufenthalt in einer Psychiatrie betrug...

- Bis 5 Tage..... 1 ☐
6-10 Tage..... 2 ☐
11-20 Tage 3 ☐
3 Wochen und länger..... 4 ☐

und war... 1 ☐..vor 1 Jahr 2 ☐..vor 2-3 Jahren 3 ☐..mehr als 3 Jahren

86. Wie oft waren Sie schon in einer psychiatrischen Klinik mit stationärem Aufenthalt?

- 1 ☐...Einmal 2 ☐...Zwei- bis fünf Mal 3 ☐... mehr als fünf Mal
-

87. Wie sind Sie versichert?

- 1 ☐... Allgemein 2 ☐... Halbprivat 3 ☐... Privat
-

88. Wie ist Ihr Zivilstand?

- Single..... 1 ☐
Lebensgemeinschaft..... 2 ☐
Verheiratet 3 ☐
Geschieden..... 4 ☐
Getrennt lebend 5 ☐
Verwitwet 6 ☐
-

89. Wie lange brauchten Sie, um diesen Fragebogen auszufüllen?

- 30 – 40 Minuten 1 ☐
40 – 50 Minuten 2 ☐
50 – 60 Minuten 3 ☐
länger..... 4 ☐
-

90. Finden Sie, dass der Fragebogen zu lange ist?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig
-

91. Wie gut finden Sie, dass dieser Fragebogen Ihre Erfahrung zu Ihrem stationären psychiatrischen Aufenthalt abdeckt hat?

- 1 ☐..Sehr gut 2 ☐..Gut 3 ☐..Mittelmässig 4 ☐..Schlecht 5 ☐..Sehr schlecht

E N D E

ANHANG A 12

Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Klinik

Nicht auszufüllen:

Studie0001
Erhebung-Nummer03
Psychiatrische Klinik:01
Laufnummer

--	--	--	--

Beurteilung der Patientenzufriedenheit

Geschätzte Patientin, geschätzter Patient

Auf dieser und den folgenden Seiten finden Sie eine Anzahl von Fragen. Es ist ein Fragebogen, der dazu dient, Ihre Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt zu erfassen. Bitte füllen Sie ihn aus.

Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die am ehesten auf Ihr Erleben beim Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik zutrifft. Die Umfrage ist absolut anonym. Ihre Angaben lassen keinen Rückschluss auf Ihre Person zu.

Auf der letzten Seite finden Sie eine offene Frage. Es wäre ebenfalls nützlich, von Ihnen ein Urteil darüber zu bekommen, ob Sie den Fragebogen als hilfreich empfinden oder um Ihre Probleme und Wünsche im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik, anbringen zu können.

Legen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in das beiliegende, adressierte Couvert, kleben Sie das Couvert zu und geben Sie es bitte dem Pflegepersonal oder beim Empfang ab.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit

Anleitung:

Bitte Felder sauber und kräftig markieren!



richtig



falsch

- Sie erhalten zu jeder Frage vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Bitte kreuzen Sie jeweils nur das Feld an, welches Ihre persönliche Einschätzung am besten beschreibt.
- Falls Sie eine Frage nicht betrifft, kreuzen Sie bitte das Feld „betrifft mich nicht“ ganz rechts an.
- Bitte beachten Sie auch, dass sich die „beste“ Antwort manchmal auf der linken, manchmal auf der rechten Seite der Antwortskala befindet.

Fortsetzung auf der nächsten Seite



Zu Ihrer Person

Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- 1 ☐ 10 – 19 Jahre 2 ☐ 20 – 29 Jahre 3 ☐ 30 – 39 Jahre 4 ☐ 40 – 49 Jahre
 5 ☐ 50 – 59 Jahre 6 ☐ 60 – 69 Jahre 7 ☐ 70 – 79 Jahre 8 ☐ 80 – 89 Jahre
 9 ☐ 90 Jahre und älter

Welches Geschlecht haben Sie?

- 1 ☐ Weiblich 2 ☐ Männlich

Wie sind Sie versichert?

- 1 ☐ Allgemein 2 ☐ Halbprivat 3 ☐ Privat

Wie sind Sie eingetreten?

- Mit meiner Zustimmung Gegen meinen Willen
 1 ☐ 2 ☐

Zum Eintritt

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| 1. Wurden Sie beim Eintritt über alles Wichtige informiert ? | Voll und ganz
1 <input type="checkbox"/> | Einiger-massen
2 <input type="checkbox"/> | Eher nicht
3 <input type="checkbox"/> | Gar nicht
4 <input type="checkbox"/> |
| 2. Wie wurden Sie bei der Ankunft auf der Station empfangen und betreut? | Sehr gut
1 <input type="checkbox"/> | Einiger-massen gut
2 <input type="checkbox"/> | Eher schlecht
3 <input type="checkbox"/> | Sehr schlecht
4 <input type="checkbox"/> |

Zum Aufenthalt

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| 3. Hat Ihr Zimmer Ihren Ansprüchen genügt? | Ganz und gar nicht
1 <input type="checkbox"/> | Eher nicht
2 <input type="checkbox"/> | Einiger-massen
3 <input type="checkbox"/> | Vollkommen
4 <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie fanden Sie die Qualität des Essens? | Sehr gut
1 <input type="checkbox"/> | Einiger-massen gut
2 <input type="checkbox"/> | Eher schlecht
3 <input type="checkbox"/> | Sehr schlecht
4 <input type="checkbox"/> |
| 5. Waren Sie über An- und Abwesenheiten des Sie betreuenden Personales immer informiert? | Gar nicht
1 <input type="checkbox"/> | Selten
2 <input type="checkbox"/> | Meistens
3 <input type="checkbox"/> | Immer
4 <input type="checkbox"/> |

Zur Behandlung

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| 6. Wie wurden Sie bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen? | Sehr gut
1 <input type="checkbox"/> | Einiger-massen gut
2 <input type="checkbox"/> | Eher schlecht
3 <input type="checkbox"/> | Sehr schlecht
4 <input type="checkbox"/> | |
| 7. Wie viel Einfluss konnten Sie bei der Auswahl der Therapien (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) nehmen? | Sehr wenig
1 <input type="checkbox"/> | Eher wenig
2 <input type="checkbox"/> | Genügend viel
3 <input type="checkbox"/> | Sehr viel
4 <input type="checkbox"/> | Hatte keine solche Therapie
6 <input type="checkbox"/> |

8. Wie wurden Sie von den Ärztinnen/Ärzten behandelt?	Sehr respektlos 4 <input type="checkbox"/>	Eher respektlos 3 <input type="checkbox"/>	Einiger-massen respektvoll 2 <input type="checkbox"/>	Sehr respektvoll 1 <input type="checkbox"/>	
9. Wie wurden Sie von den Pflegenden behandelt?	Sehr respektlos 1 <input type="checkbox"/>	Eher respektlos 2 <input type="checkbox"/>	Einiger-massen respektvoll 3 <input type="checkbox"/>	Sehr respektvoll 4 <input type="checkbox"/>	
10. Wie wurden Sie vom Personal der therapeutischen Dienste (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) behandelt?	Sehr respektlos 4 <input type="checkbox"/>	Eher respektlos 3 <input type="checkbox"/>	Einiger-massen respektvoll 2 <input type="checkbox"/>	Sehr respektvoll 1 <input type="checkbox"/>	Hatte keine solche Therapie 6 <input type="checkbox"/>
11. Wie wurden Sie von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin fachlich betreut?	Sehr gut 1 <input type="checkbox"/>	Einiger-massen gut 2 <input type="checkbox"/>	Eher schlecht 3 <input type="checkbox"/>	Sehr schlecht 4 <input type="checkbox"/>	
12. Hatten Sie genügend Gespräche mit dem Arzt/ der Ärztin?	Sicher ja 1 <input type="checkbox"/>	Einiger-massen ja 2 <input type="checkbox"/>	Eher nicht 3 <input type="checkbox"/>	Gar nicht 4 <input type="checkbox"/>	
13. Wie wurden Sie über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt?	Sehr schlecht 1 <input type="checkbox"/>	Eher schlecht 2 <input type="checkbox"/>	Einiger-massen gut 3 <input type="checkbox"/>	Sehr gut 4 <input type="checkbox"/>	Hatte keine Medikamente 6 <input type="checkbox"/>
14. Wie wurden Ihre Angehörigen (Eltern, FreundIn, nahe Bekannte) in die Behandlung einbezogen?	Zuviel 1 <input type="checkbox"/>	Eher zu viel 2 <input type="checkbox"/>	Genau richtig 3 <input type="checkbox"/>	Eher zu wenig 4 <input type="checkbox"/>	Viel zu wenig 5 <input type="checkbox"/>
15. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?	Ausgezeichnet 1 <input type="checkbox"/>	Gut 2 <input type="checkbox"/>	Eher schlecht 3 <input type="checkbox"/>	Schlecht 4 <input type="checkbox"/>	
16. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	Eindeutig nicht 1 <input type="checkbox"/>	Eigentlich nicht 2 <input type="checkbox"/>	Im Allgemeinen ja 3 <input type="checkbox"/>	Eindeutig ja 4 <input type="checkbox"/>	
17. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen?	Ja, sie half sehr 1 <input type="checkbox"/>	Ja, sie half etwas 2 <input type="checkbox"/>	Nein, sie half eigentlich nicht 3 <input type="checkbox"/>	Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht 4 <input type="checkbox"/>	
18. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	Ziemlich unzufrieden 1 <input type="checkbox"/>	Leicht unzufrieden 2 <input type="checkbox"/>	Weitgehend zufrieden 3 <input type="checkbox"/>	Sehr zufrieden 4 <input type="checkbox"/>	
19. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen?	Sehr zufrieden 1 <input type="checkbox"/>	Weitgehend zufrieden 2 <input type="checkbox"/>	Leicht unzufrieden 3 <input type="checkbox"/>	Ziemlich unzufrieden 4 <input type="checkbox"/>	

Zum Austritt

20. Wie wurden Sie auf Ihre Entlassung vorbereitet?	Sehr gut 1 <input type="checkbox"/>	Ziemlich gut 2 <input type="checkbox"/>	Eher schlecht 3 <input type="checkbox"/>	Sehr schlecht 4 <input type="checkbox"/>	
21. War Ihre Nachbetreuung genügend gut organisiert?	Sehr gut 1 <input type="checkbox"/>	Ziemlich gut 2 <input type="checkbox"/>	Eher schlecht 3 <input type="checkbox"/>	Sehr schlecht 4 <input type="checkbox"/>	Betrifft mich nicht 6 <input type="checkbox"/>
22. Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt der Entlassung?	Viel zu spät 1 <input type="checkbox"/>	Eher zu spät 2 <input type="checkbox"/>	Genau richtig 3 <input type="checkbox"/>	Eher zu früh 4 <input type="checkbox"/>	Viel zu früh 5 <input type="checkbox"/>
23. In welchem Masse hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	Voll und ganz 1 <input type="checkbox"/>	Weitgehend 2 <input type="checkbox"/>	Eher nicht 3 <input type="checkbox"/>	Gar nicht 4 <input type="checkbox"/>	
24. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?	Eindeutig ja 1 <input type="checkbox"/>	Eher ja 2 <input type="checkbox"/>	Eher nicht 3 <input type="checkbox"/>	Eindeutig nicht 4 <input type="checkbox"/>	
25. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	Eindeutig nicht 1 <input type="checkbox"/>	Eher nicht 2 <input type="checkbox"/>	Eher ja 3 <input type="checkbox"/>	Eindeutig ja 4 <input type="checkbox"/>	

Haben Sie sonst noch Anmerkungen zum Fragebogen oder zu Ihrem Aufenthalt?

Ja, nämlich.....

Legen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in das beiliegende, adressierte Couvert, kleben Sie das Couvert zu und geben Sie es dem Pflegepersonal oder beim Empfang ab.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

ANHANG A 13

Übersicht Itemnummern im Vergleich:

In folgender Aufstellung sind die Itemnummerierungen im *Fragebogen-Entwurf* (= E-FB), im *Test-Fragebogen* (= T-FB) und im *Pilot-Fragebogen ohne den Zürcher Fragebogen* (= P-FB ohne ZFB), im *Zürcher Fragebogen* (= ZFB) und im *Pilot-Fragebogen* (= Pilot-FB mit ZFB) aufgelistet. Ausschlaggebend für den endgültigen Fragebogen PZZ ist der Pilot-Fragebogen mit dem Zürcher Fragebogen (rechte Spalte; Pilot-FB mit ZFB), weshalb diese Aufstellung auch chronologisch nach den Itemnummern des Pilot-FB mit ZFB sortiert ist.

E-FB	T-FB	Besonderheiten	P-FB ohne ZFB	ZFB	Pilot-FB mit ZFB
1	1		1		1
2	2		2		2
3	3	aufgeteilt in 2 Items	3		3
	4		4		4
	5	NEU: Zwangsmassnahmen	5		5
	6	NEU: Zwangsmassnahmen	6		6
	7	NEU: Zwangsmassnahmen	7		7
	8	aus Item 4	8		8
5	9	aufgeteilt in 2 Items	9		9
	10		10		10
6	11		11		11
9	12	Antwortkategorie eingefügt	12	1	12
12	13		13	2	13
13	14		14		14
14	15		15		15
15	16		16	12	16
65	52		52	8	17
16	17		17		18
17	18		18		19
18	19		19		20
				11	21
19	20		20		22
				5	23
				9	24
20	21		21		25
21	22		22		26

E-FB	T-FB	Besonderheiten	P-FB ohne ZFB	ZFB	Pilot-FB mit ZFB
22	23		23		27
24	24		24		28
26	25		25	16	29
28	26		26		30
31	27	belassen trotz/wegen hoher Ablehnung	27		31
32	28		28	14	32
33	29		29		33
34	30		30	6	34
35	31		31		35
36	32		32		36
38	33		33		37
39	34		34		38
	35	NEU: Wahlmöglichkeiten zu den Therapien	35	7	39
40	36		36	17	40
41	37		37		41
				10	42
42	38		38		43
43	39		39		44
44	40		40		45
45	41		41		46
47	42		42		47
51	43		43	13	48
52	44		44	13	49
53	45		45		50
54	46		46		51
56	47		47		52
58	48		48		53
	49	Item 29 und 30 zusammengefasst in Item 49	49		54
61	50		50		55
64	51		51		56
68	54	verbunden mit Item 8 (Rückzugsmöglichkeit)	54		57
70	55		55		58
73	56		56		59
74	57		57	20	60

E-FB	T-FB	Besonderheiten	P-FB ohne ZFB	ZFB	Pilot-FB mit ZFB
75	58		58	21	61
76	59		59	22	62
77	60		60		63
79	61		61		64
80	62		62		65
				3	66
81	63		63	4	67
			64 NEU (Filter Raucher)		68
82	64		65		69
	65	NEU: Nichtraucher	66		70
83	66		67		71
86	67		68	23	72
88	68		69	15	73
				19	74
				18	75
				24	76
89	nicht aufgenommen		70 NEU (Weiterempfehl- ungsfrage)	25	77
91	69		71		78
ENDE DES BASISTEILES MIT INSGESAMT 78 FRAGEN; ES FOLGEN SOZIODEMO- GRAPHISCHE ITEMS UND ITEMS ZUM FRAGEBOGEN SELBER					
92	70		72 Geschlecht		79 SHO
			SHO ankreuzen		80 SHO
93	71		73		81 SHO 79 Spital
94	72		74 Alter		82 SHO
95	74	angepasst	75 Diagnose		83 SHO
			Art Klinik		84 SHO
96	75	angepasst	76 Dauer Auf.		85 SHO
			78 NEU (Versicherung)		86 SHO
97	76		77		80 Spital
98	77		79		87 SHO 81 Spital
67	53		53		gelöscht
	79	Dauer FB-Ausfüllen	80		89 SHO 87 Spital
	80	Länge FB	81		90 SHO 88 Spital

E-FB	T-FB	Besonderheiten	P-FB ohne ZFB	ZFB	Pilot-FB mit ZFB
	81	Layout FB	82		weggel.
			83 NEU (Bewertung FB)		91 SHO 89 Spital
4	8	geändert in Filterfrage 8			
7	nicht aufgenommen				
8	nicht aufgenommen	verbunden mit Item 68 (Rückzugsmöglichkeit)			
10	nicht aufgenommen				
11	nicht aufgenommen				
23	nicht aufgenommen				
25	nicht aufgenommen				
27	nicht aufgenommen				
29	49	zusammengefasst mit Item 30 zu Item 49			
30	49	zusammengefasst mit Item 29 zu Item 49			
37	nicht aufgenommen	Redundanz mit Item 32			
46	nicht aufgenommen				
48	nicht aufgenommen				
49	nicht aufgenommen				
50	nicht aufgenommen				
55	nicht aufgenommen				
57	nicht aufgenommen				
59	nicht aufgenommen	Redundanz mit neu Item 6			
60	nicht aufgenommen				
62	nicht aufgenommen				

E-FB	T-FB	Besonderheiten	P-FB ohne ZFB	ZFB	Pilot-FB mit ZFB
63	nicht aufgenommen				
66	nicht aufgenommen				
69	nicht aufgenommen				
71	nicht aufgenommen				
72	nicht aufgenommen				
78	nicht aufgenommen				
84	nicht aufgenommen				
85	nicht aufgenommen				
87	nicht aufgenommen				
90	nicht aufgenommen				
	73	NEU: Stationsangabe	fällt weg		
99	nicht aufgenommen		nicht aufgen.		
	78	Kontakt Mitpatient	nicht aufgen.		

Legende und Anmerkungen.

E-FB Itemnummern im Evaluations-Fragebogen
T-FB Itemnummern im Test-Fragebogen
Besonderheiten Besonderheiten der Items im Test-Fragebogen
P-FB ohne ZFB Itemnummern im Pilot-Fragebogen ohne Zürcher Fragebogen
ZFB..... Itemnummern im Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in Psychiatrien
Pilot-FB mit ZFB Itemnummern mit Zürcher Fragebogen

ANHANG A 14

Repräsentativität der Stichprobe
hinsichtlich der Teilnehmer PUK Innsbruck und PUK Basel

	Alle Ausgetretenen		Studien- teilnehmer		Signifikanzen N vs. n		
	N	%	n	%	χ^2	df	p
Geschlecht	1'251	100	359	100			
weiblich	648	52	210	58			
männlich	603	48	149	42	6.06	1	.01
Alterskategorie	1'251	100	359	100			
< 45 Jahre	703	56	185	52			
45 – 65 Jahre	359	29	118	33			
> 65 Jahre	189	15	56	15	3.21	2	.2
Versicherungsklasse	1'241	100	359	100			
Halbprivat/Privat	139	11	61	17			
Allgemein	1'102	89	298	83	13.16	1	.00
Eintrittsart	1'234	100	355	100			
Freiwillig	1'094	89	337	95			
FFE/Zwangseinweisung	140	11	18	5	12.75	1	.00
Diagnose	1'212	100	348	100			
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	69	6	26	7			
- Affektive Störungen	270	22	103	30			
- Organische Störungen	55	5	10	3			
- Schizophrenie	280	23	58	17			
- Psychosomatik, Neurosen	134	11	46	13			
- Suchtproblematik	357	29	94	27			
- Altersspezifische Störungen	44	4	10	3	22.80	6	.00

Anmerkung:

Die bei den Versicherungsklassen, Eintrittsarten und Diagnosen auf die Gesamtmenge von N = 1 251 fehlenden Ausgetretenen bzw. auf die Gesamtmenge von n = 359 fehlenden Studienteilnehmer sind auf fehlende Daten in den Datenlieferungen der beiden teilnehmenden Universitätskliniken zurückzuführen.

ANHANG A 15

**Vergleich Respondents vs. Non-Respondents
in den beiden teilnehmenden Spitälern PUK Innsbruck und PUK Basel**

	N	n	Signifikanzen Respondent vs. Non- Respondent		
			χ^2	df	p
Geschlecht	1'251	359			
weiblich	648	210			
männlich	603	149	9.05	1	.00
Alterskategorie	1'251	359			
< 45 Jahre	703	185			
45 – 65 Jahre	359	118			
> 65 Jahre	189	56	5.08	2	.08
Versicherungsklasse	1'241	359			
Halbprivat/Privat	139	61			
Allgemein	1'102	298	17.03	1	.00
Eintrittsart	1'234	355			
Freiwillig	1'094	337			
FFE/Zwangseinweisung	140	18	19.76	1	.00
Diagnose	1'212	348			
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	69	26			
- Affektive Störungen	270	103			
- Organische Störungen	55	10			
- Schizophrenie	280	58			
- Psychosomatik, Neurosen	134	46			
- Suchtproblematik	357	94			
- Altersspezifische Störungen	44	10	30.04	6	.00

Anmerkung:

Die bei den Versicherungsklassen, Eintrittsarten und Diagnosen auf die Gesamtmenge von N = 1 251 fehlenden Ausgetretenen bzw. auf die Gesamtmenge von n = 359 fehlenden Studienteilnehmer sind auf fehlende Daten in den Datenlieferungen der beiden teilnehmenden Universitätskliniken zurückzuführen.

ANHANG A 16

Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel
Telefon +41 61 325 51 11
Telefax +41 61 325 52 58

An die Patientinnen und Patienten
der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel

Basel, im Februar 2003

Patientenzufriedenheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Vor einiger Zeit waren Sie in unserem Spital stationär aufgenommen. Wir hoffen, dass es Ihnen nun gut geht.

Um die Qualität in unserem Spital zu verbessern, möchten wir Sie gerne um Ihre geschätzte Meinung zu Ihrem Aufenthalt bei uns befragen.

Die Psychologin, Frau Thiemuth Maria Plank, entwickelt in ihrer Doktorarbeit an der Universität Zürich gemeinsam mit uns einen Fragebogen, der Fragen zu Ihrem Aufenthalt beinhaltet. Wir dürfen Sie höflichst ersuchen, den **beigelegten Fragebogen auszufüllen** und ihn mit dem **beigelegten adressierten und frankierten Kuvert direkt an Frau Plank** zu senden.

Ihre Angaben werden selbstverständlich **vertraulich und anonym** behandelt. Es ist **kein Rückschluss auf Ihre Person** möglich. Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Diese Befragung bezieht sich auf **Ihren letzten Aufenthalt** bei uns und ist **unabhängig von dem Fragebogen, den Sie beim Entlassen unseres Spitals erhalten haben**.

Die Befragung mit diesem Fragebogen findet nur einmal statt.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Fritz Jenny



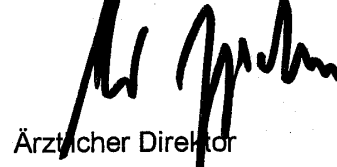
Spitaldirektor

Christoph Cassidy



Leiter Pflege und Qualität

Prof. Dr. med. Franz Müller-Spahn



Ärztlicher Direktor

An die Patientinnen und Patienten
der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel

Basel, im Februar 2003

Patientenzufriedenheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Vor einiger Zeit haben wir Ihnen einen Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit mit der Bitte um Ihre geschätzte Meinung zugesandt. Leider haben wir bis jetzt noch keine Antwort von Ihnen erhalten.

Die Studie wird von der Psychologin Frau Thiemuth Maria Plank im Rahmen ihrer Doktorarbeit an der Universität in Zürich mit uns durchgeführt. Es geht darum, die Qualität in unserem Spital zu verbessern, um optimal auf die Bedürfnisse von unseren Patienten eingehen zu können.

Dürfen wir Sie aus diesem Grund nochmals höflichst ersuchen, den **beigelegten Fragebogen auszufüllen** und ihn mit dem **beigelegten adressierten und frankierten Kuvert direkt an Frau Plank** zu senden. **Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!**

Ihre Angaben werden selbstverständlich **vertraulich und anonym** behandelt. Es ist **kein Rückschluss auf Ihre Person** möglich. Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Diese Befragung bezieht sich auf **Ihren letzten Aufenthalt** bei uns und ist **unabhängig von dem Fragebogen, den Sie beim Entlassen unseres Spitals erhalten haben**.

Die Befragung mit diesem Fragebogen findet nur einmal statt.

Wir danken Ihnen nochmals für Ihre Mithilfe und verbleiben

mit freundlichen Grüssen

Fritz Jenny



Spitaldirektor

Christoph Cassidy



Leiter Pflege und Qualität

Prof. Dr. med. Franz Müller-Spahn



Ärztlicher Direktor

Univ.-Klinik für Psychiatrie Innsbruck
Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber

A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
Telefonvermittlung: 0512/504-0



Innsbruck, im Januar 2003

An die Patientinnen und Patienten
der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck

Patientenzufriedenheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Vor einiger Zeit waren Sie an unserer Klinik stationär aufgenommen. Wir hoffen, dass es Ihnen nun gut geht.

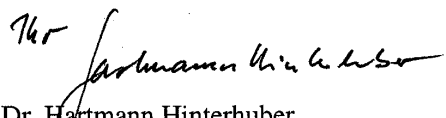
Um die Qualität an unserer Klinik zu verbessern, möchten wir Sie gerne um Ihre geschätzte Meinung zu Ihrem Aufenthalt bei uns befragen.

Die Psychologin, Frau Mag. Thiemuth Maria Plank, entwickelt in ihrer Doktorarbeit an der Universität gemeinsam mit uns einen Fragebogen, der Fragen zu Ihrem Aufenthalt beinhaltet. Wir dürfen Sie höflichst ersuchen, den **beigelegten Fragebogen auszufüllen** und ihn mit dem **beigelegten adressierten und frankierten Kuvert direkt an Frau Mag. Plank** zu senden.

Ihre Angaben werden selbstverständlich **vertraulich und anonym** behandelt. Es ist **kein Rückschluss auf Ihre Person** möglich. Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Diese Befragung bezieht sich auf **Ihren letzten Aufenthalt** bei uns.

Ich danke Ihnen für Ihre Mithilfe und verbleibe

mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber
Vorstand Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck

Univ.-Klinik für Psychiatrie Innsbruck
Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber

A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
Telefonvermittlung: 0512/504-0



Innsbruck, im Februar 2003

An die Patientinnen und Patienten
der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck

Patientenzufriedenheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Vor einiger Zeit haben wir Ihnen einen Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit mit der Bitte um Ihre geschätzte Meinung zugesandt. Leider haben wir bis jetzt noch keine Antwort von Ihnen erhalten.

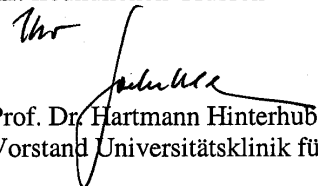
Die Studie wird von der Psychologin Frau Mag. Plank im Rahmen ihrer Doktorarbeit mit uns durchgeführt. Es geht darum, die Qualität in unserer Klinik zu verbessern, um optimal auf die Bedürfnisse von unseren Patienten eingehen zu können.

Dürfen wir Sie aus diesem Grund nochmals höflichst ersuchen, den **beigelegten Fragebogen auszufüllen** und ihn mit dem **beigelegten adressierten und frankierten Kuvert direkt an Frau Mag. Plank** zu senden. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!

Ihre Angaben werden selbstverständlich **vertraulich und anonym** behandelt. Es ist **kein Rückschluss auf Ihre Person** möglich. Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Diese Befragung bezieht sich auf **Ihren letzten Aufenthalt** bei uns.

Ich danke Ihnen nochmals für Ihre Mithilfe und verbleibe

mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber
Vorstand Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck

ANHANG A 17

Decken- und Bodenwerte der Items

ITEM	Kurztext	Besonderheit	Anzahl n	Missing %	Deckenwert %	Bodenwert %
1	Eintritt Krise oder im voraus geplant	Warm-up				
2	Freiwillig oder FFE/Zwangseinweisung	Filterfrage				
3	FFE: Aufklärung Rechte	gefiltert	90	4.70	16.70	47.80
4	FFE: Wahrnehmung Rechte	gefiltert	87	5.20	14.90	60.90
5	Durchführung Zwangsmassnahmen	Mehrfachantwort				
6	Nachbesprechung Zwangsmassnahmen	gefiltert	78	4.70	20.50	52.60
7	Verhinderung Zwangsmassnahmen	gefiltert	78	4.70	35.90	29.50
8	Aufenthalt geschlossene Abteilung ja/nein	Filterfrage				
9	Geschlossene: Aufklärung Rechte	gefiltert	225	7.60	26.20	46.20
10	Geschlossene: Wahrnehmung Rechte	gefiltert	225	7.60	25.30	40.00
11	Geschlossene: Information über Störung	gefiltert	233	6.30	27.90	39.10
12	Eintrittsinformation		545	7.80	41.50	6.40
13	Empfang, Betreuung bei Ankunft		493	10.20	59.80	2.60
14	Erklärung weitere Vorgehen		491	10.50	37.90	19.80
15	Zuständigkeit Arzt		582	1.50	68.40	23.90
16	Gespräche Arzt		581	1.70	43.20	4.30
17	Respekt Arzt		575	2.70	54.10	6.30
18	Höflichkeit Arzt		577	2.40	43.80	1.70
19	Vertrauen Arzt		580	1.90	37.40	10.00
20	Unterstützung, Motivation Arzt		581	1.70	40.30	19.30
21	Fachliche Betreuung Arzt		579	2.00	44.40	5.00
22	Zuständigkeit Personal		583	1.40	47.00	44.90
23	Information An-/Abwesenheit Personal		580	1.90	20.90	22.40
24	Respekt Personal		578	2.20	53.60	5.40
25	Höflichkeit Personal		582	1.50	42.60	2.40
26	Vertrauen Personal		574	2.90	42.20	5.70
27	Personal: Genügend Zeit für Patient		583	1.40	36.50	22.00
28	Unterstützung, Motivation Personal		581	1.70	43.90	14.50
29	Gewünschte Behandlung erhalten (ZUF-8)		575	2.70	26.60	8.70

30	Information Therapieangebot		577	2.40	71.90	28.10
31	Ausleben psychischer Störung		537	9.10	24.40	46.70
32	Einbezug Angehörige		573	3.00	41.00	16.90
33	Ungestörtes Sprechen/Telefonieren mit Angehörigen		578	2.20	56.90	5.90
34	Einbezug Bestimmung Behandlungsziele		576	2.50	31.90	10.10
35	Versorgung bei körperlichem Entzug		475	19.60	22.50	4.40
36	Medizinische Versorgung bei körperlichen Beschwerden		562	4.90	35.20	11.00
37	Einbezug soziale Situation		552	6.60	40.60	28.40
38a	Unterstützung Therapie: Einzeltherapie Psychiater		520	12.00	26.00	4.20
38b	Unterstützung Therapie: Einzeltherapie Psychologe		498	15.70	19.70	1.80
38c	Unterstützung Therapie: Gruppentherapie		539	8.80	18.60	5.00
38d	Unterstützung Therapie: Informationsgruppen		494	16.40	7.50	2.00
38e	Unterstützung Therapie: Psychopharmakatherapie		519	12.20	23.50	7.90
38f	Unterstützung Therapie: Ergo- und Gestaltungstherapie		533	9.80	31.50	3.40
38g	Unterstützung Therapie: Musiktherapie		503	14.90	12.50	3.40
38h	Unterstützung Therapie: Kreativtherapie		513	13.20	25.00	2.30
38i	Unterstützung Therapie: Sport- und Bewegungstherapie		539	8.80	28.40	3.30
38j	Unterstützung Therapie: Arbeitsrehabilitation		500	15.40	9.00	4.80
38k	Unterstützung Therapie: Andere		522	88.30	60.90	4.30
39	Einfluss Therapien		560	5.20	17.10	18.00
40	Nutzen Behandlung für Patientenprobleme (ZUF-8)		555	6.10	34.20	6.10
41	Zuständigkeit Therapeut		542	8.30	38.60	28.80
42	Respekt Therapeut		544	8.00	54.60	4.80
43	Höflichkeit Therapeut		530	10.30	43.60	0.80
44	Vertrauen Therapeut		529	10.50	41.40	3.60
45	Therapeut: Genügend Zeit für Patient		532	10.00	36.70	17.70
46	Unterstützung, Motivation Therapeut		529	10.50	43.70	11.00
47	Behandlung mit Medikamenten ja/nein	Filterfrage				
48	Information Hauptwirkungen Medikamente	gefiltert	478	9.80	22.80	20.70
49	Information Nebenwirkungen Medikamente	gefiltert	477	10.00	15.90	29.40
50	Verstehen Information Haupt-/Nebenwirkungen Medikamente	gefiltert	473	10.70	27.30	35.10
51	Behandlungsalternativen zu den Medikamenten	gefiltert	465	12.00	68.40	13.50

52	Information/Aufklärung Krankheit		567	4.10	18.20	13.40
53	Verstehen Information über Krankheit		560	5.20	36.10	25.20
54	Erstnehmen und Verständnis für psychische Störung		573	3.00	46.60	18.30
55	Gesprächspartner bei Sorgen/Bedenken		561	5.10	34.90	22.80
56	Aufklärung Rechte/Pflichten		564	4.60	33.30	28.40
57	Rückzugsmöglichkeiten		575	2.70	48.30	19.30
58	Ansprechperson bei Reklamationen, Problemen		575	2.70	51.80	13.20
59	Schlussgespräch		565	4.40	38.20	20.00
60	Vorbereitung Entlassung		556	5.90	28.80	7.60
61	Organisation Nachbetreuung		569	3.70	35.10	9.10
62	Zeitpunkt der Entlassung		561	5.10	66.50	9.10
63	Information Angehörige für Zeit nach Entlassung		559	5.40	36.00	19.90
64	Rückfall		563	4.70	62.70	8.30
65a	Zimmer: Einrichtung		562	4.90	27.20	5.00
65b	Zimmer: Matratzenqualität		561	5.10	29.90	3.90
65c	Zimmer: Ablage- und Verstaumöglichkeiten von Eigentum		561	5.10	32.60	5.50
65d	Zimmer: Sauberkeit		564	4.60	46.50	2.50
65e	Zimmer: Privatsphäre		560	5.20	27.30	11.10
65f	Zimmer: Ruhe		562	4.90	29.90	10.30
66	Ansprüche an Zimmer		558	5.60	50.40	5.40
67a	Essen: Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten		554	6.30	34.50	3.40
67b	Essen: Geschmack der Mahlzeiten		561	5.10	29.20	3.40
67c	Essen: Grösse der Portionen		562	4.90	35.20	1.60
67d	Essen: Präsentation der Mahlzeiten		559	5.40	29.90	2.70
67e	Essen: Temperatur der Mahlzeiten		559	5.40	29.00	2.00
67f	Essen: Qualität insgesamt		564	4.60	30.90	3.00
68	Raucher ja/nein	Filterfrage				
69a	Rauchecken: Grösse	gefiltert	243	6.90	19.80	20.60
69b	Rauchecken: Sitzmöglichkeiten	gefiltert	240	7.40	18.80	17.90
69c	Rauchecken: Sauberkeit	gefiltert	241	7.30	17.40	15.80
69d	Rauchecken: Verfügbarkeit	gefiltert	241	7.30	30.30	14.10
70	Nichtraucher: Belästigung Raucher		550	6.90	32.90	13.10

71a	Sanitäre Installationen: Sauberkeit eigene Dusche/Bad		554	6.30	33.20	1.80
71b	Sanitäre Installationen: Sauberkeit Etagedusche/Bad		482	18.40	23.90	1.70
71c	Sanitäre Installationen: Verfügbarkeit Etagedusche/Bad		478	19.10	22.80	1.70
71d	Sanitäre Installationen: Sauberkeit eigenes WC		550	6.90	36.70	1.80
71e	Sanitäre Installationen: Sauberkeit Etagen-WC		494	16.40	24.10	3.60
71f	Sanitäre Installationen: Verfügbarkeit Etagen-WC		491	16.90	25.50	3.10
72	Entsprechung Bedürfnisse Klinik (ZUF-8)		568	3.90	35.60	7.20
73	Beurteilung Behandlungsqualität (ZUF-8)		568	3.90	28.20	7.20
74	Zufriedenheit mit erhaltenen Behandlung (ZUF-8)		569	3.70	34.40	11.20
75	Zufriedenheit mit Ausmass der erhaltenen Hilfe (ZUF-8)		568	3.90	32.70	12.30
76	Wiederkommen (ZUF-8)		569	3.70	49.60	12.30
77	Weiterempfehlen (ZUF-8)		568	3.90	47.50	12.30

Anmerkung:

Item..... Fragennummer im Pilot-Fragebogen

Kurztext..... Kurztext der Frage

Besonderheit..... Filterfragen und der Filterfrage nachfolgende Items (=„gefiltert“), Mehrfachantwort oder Warm-Up Frage. Von diesen Items sind keine Werte ausgewiesen.

Anzahl n..... Anzahl der Antwortenden

Missing % Anzahl der Antwortverweigerungen („keine Angabe“) in Prozent

Deckenwert %..... Anzahl der Antwortenden in der Antwortkategorie mit der höchsten Zustimmung in Prozent

Bodenwert % Anzahl der Antwortenden in der Antwortkategorie mit der höchsten Ablehnung in Prozent

Besonderheiten:

Die Antwortkategorien sind in ihren Ausprägungen belassen und noch nicht in eine dreistufige Skala überführt.

Bei den Items 30, 32 und 62 sind als Antwortkategorien mit der höchsten Ablehnung jeweils zwei Kategorien zusammengefasst (Item 30: „Zu stark“ und „Zu wenig“; Item 32: „Zuviel“ und „Viel zu wenig“; Item 62: „Viel zu spät“ und „Viel zu früh“).

Unter Item 38.5 „Andere Therapieformen“ wurden folgende Therapieformen angegeben: Entspannungstechniken (2.2 %), Sport (.7 %), Natur (0.8 %), kreative Therapien (2.2 %), Körpertherapien (3.9 %) und kognitive Therapien (1.5 %).

ANHANG A 18

Kommentarlisten des Items 78

Frage, „Wenn Sie sich noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es? Oder anders ausgedrückt: Was sollte sich auf keinen Fall wiederholen oder mit was waren Sie unzufrieden?“

Jede Zeile stellt einen Kommentar eines Patienten dar; die Kommentarlisten sind nach den Teilnehmern sortiert.

Psychiatrische Universitätsklinik Innsbruck

Ich würde mir wünschen, dass das Personal keine üblen Nachrichten über mich macht. Danke.
Ich war mit dem Essen unzufrieden.
Mehr Beschäftigungsmöglichkeit, Raucherzimmer.
Es war eine offene Station und am Tag meiner Entlassung gab es absolutes Rauchverbot. Wenn man auf Entzug ist, hat man diesen dann in doppelter Form! Man sollte darüber nachdenken!
Tägliche Ergotherapie.
Raucherecken innerhalb des Gebäudes.
Keine Raucherecken vorhanden.
Ich wünsche mir, dass die Probleme der Patienten ernst genommen werden. Ich bin jetzt auf einer anderen psychiatrischen Station der Klinik, wo ich mit der Hilfe sehr zufrieden bin. Ich kann daher die Klinik nicht ablehnen oder empfehlen, es kommt drauf an, welche Station es ist.
Mehr mit dem Patienten reden?
1.) Keine Raucherecke 2.) Zimmerbelegung mit 4 Personen, so dass wenig Privatsphäre möglich und die sanitären Anlagen eher schlecht verfügbar waren.
Sportliche Aktivitäten wären sehr gut. Ein Raucherzimmer wäre gut, im Freien ist das Rauchen bei Schlechtwetter nicht gut.
Mehr Sportmöglichkeiten, mehr Ruheräume, schönere Raucherbereiche.
Wunsch nach Behandlung durch einen ausgebildeten Verhaltenstherapeuten. Befund ist 2 Monate nach Entlassung noch nicht beim behandelnden Arzt eingetroffen!!! Zu viert in einem Zimmer, dass für drei gedacht war.
Das Rauchen wurde uns eingestellt, obwohl ein Vertrag vorhanden war. Das finde ich vertragsbrüchig.
Mehr Ausgang, mehr Sauberkeit, mehr psychische Betreuung.
Im Winter bessere Rauchmöglichkeit (eigener Raum), mehr Sportmöglichkeiten – eventuell Fitnessraum.
Zuwenig Aufenthaltsraum für Patienten und deren Besucher.
Dass die verschiedenen Probleme gleichen Stellenwert für die betreffenden Personen erhalten.
Die Psychiater sollten auf ihre Patienten eingehen!!! Und sie nicht vereinnahmen und zu versuchen, sie zu manipulieren (wie es bei mir der Fall war).
Psychiatrie X entspricht nicht den erforderlichen EU-Richtlinien (1999 Kontrolle der Kommission und Amnesty International) – wurde aus Verstoß gegen die Menschenrechte verurteilt! – siehe Kommissionsbericht!
Eine Pflegerin behandelte mich sehr respektlos. Sie nahm mich nie ernst. Sie war sehr jung. Gerade in dem Raum, in dem sich fast alle Patienten aufhielten, wurde stark geraucht. Ich wollte mich mit den Anwesenden unterhalten. Ich musste gehen. Zu wenig Menschlichkeit spürbar bzw. Mitgefühl. Oft schlecht koordiniert, zu viele Betten in einem Zimmer. In den Nächten sehr schlecht geschlafen, weil „Schnarcher“ meinen Schlaf ständig störten. Ich ging gerne wieder nach Hause schlafen. So konnte ich mich wieder erholen! Klinik besitzt zu wenig Betten bzw. Zimmer! Wartezeiten sind die Folge. In der Nacht zu

wenig Ärzte! Nur ein Pfleger in der Nacht vorhanden.
Habe wegen meines Schnarchens meine Zimmernachbarin beim Schlafen gestört – was tun?
Bei einer Schlafkur sollte man ein Einzelzimmer bekommen.
Hat alles gepasst!
Ich war sehr zufrieden - „super“.
An den Wochenenden überhaupt keine Gespräche mit den Ärzten.
Verhalten eines bestimmten Arztes, der sich beleidigt zeigte und nicht einmal mehr grüsste, war nicht gut!
Wünsche: Pflegepersonal soll vor dem Eintritt in das Zimmer klopfen und auf „Herein“ warten!!! Ich fühlte mich öfters „übertumpelt“. Es gibt auch keine Möglichkeit ungestört zu telefonieren. Eventuell eine Art Kabine? Ungestörte Rückzugsmöglichkeit ist sehr selten möglich – Platzfrage? Art Meditationsraum wäre hilfreich.
Es ist wohl nicht vermeidbar, aber erniedrigend, mit dem Betreuer (Arzt) über private Probleme im Beisein anderer Patienten sprechen zu müssen.
Längeres Gespräch mit Arzt vor der Therapie und auch ein längeres Schlussgespräch. Bekam eine Thrombose, dies sollte nicht passieren.
Mehr Kontrolle bei Patienten, die Selbstschädigung an sich ausüben. Möglichkeiten zum Rückzug, wenn man alleine sein will (ausgenommen bei Selbstschädigung). Patienten mit Essstörungen und Patienten mit Angsterkrankung sollte man nicht in einem Zimmer unterbringen.
Wenig Ruhe, noch mehr intensive Aufklärung über die Krankheit.
Ich bekam Medikamente, die ich auf keinen Fall nehmen durfte. Das darf einfach nicht sein!
Wunsch: mehr Therapiestunden (Einzeltherapie, Bewegungs- und Ergotherapie). Nicht gefallen: 1.) Einteilung zum Küchendienst 2.) Mittag- und Abendessen: es gab zwar fixe Zeiten, das ganze lief aber chaotisch ab, z.B. Kommen und Gehen wie man will (nicht einmal am Tisch wurde gewartet, bis der andere mit dem Essen fertig ist)
Mehr Verständnis. Pfleger, die grapschen
Die medikamentöse Behandlung genauer betrachten.
Die Innenräumlichkeiten sind eine Katastrophe. Konnte nicht auf Klasse liegen, da es nur 2 Klassenzimmer gibt, die alle besetzt waren. Ich musste das Klassenzimmer mit einer sehr gestörten Patientin teilen, neben der ich absolut keine Ruhe hatte. Deswegen legte ich mich freiwillig in die Allgemeine – das Etagen WC stinkt und alle Räume sind extrem veraltet! Ebenso ist die einzige Etagendusche extrem beengt!
Der Weg zu Therapien und Begleitung von kranken psychischen Menschen sollte noch stärker werden. Medikamente sind nicht immer das Non plus Ultra.
Sehr viel schnellere Befundung! 6 bis 8 Wochen sind viel zu lang! Fernöstliche Entspannungsübungen z.B. Tai Chi, Chi Gong, Yoga; Fussball oder Turnen kann man zu Hause selbst ausüben!
Bei der Frage nach der Nachbehandlung: Ich hätte gerne Alternativvorschläge gehabt zu dem, was ich schon alles probiert habe – z.B. wollte ich meine GT nicht wieder aufnehmen – aber man riet mir nur, den Therapeuten zu wechseln.
Offener Bereich (Akut 6): Dass die im Tagesprogramm angekündigten Aussenaktivitäten auch stattfinden. Geschlossener Bereich: Keine unnötige Fixierung, keine Anwendung der Bettpfanne, wenn ich eindeutig zum Gang zur Toilette fähig bin.
Dass man in manchen Sachen z.B. in einer Krise mit Medikamenten vollgestopft wird, ohne dass man etwas weiss über die Nebenwirkungen, oder warum ich etwas nehmen muss usw. Dass andere Patienten besser betreut werden, und nicht mit dieser Angst leben müssen wie ich.
Keine Arzt- und Therapeutenwechsel. Viel bessere Bedingungen für Raucher, bessere medikamentöse Behandlung bei Entzugserscheinungen, bessere Medikamenten-Aufklärung.
Rauchen war im Freien oder auf Balkon, fand ich für mich als Nichtraucher sehr gut.
Die verzögerte Aufnahme, das war sehr schlecht!
Freundlichere Gestaltung der Zimmer, besseres Essen, mehr Sauberkeit – mehr

Beschäftigungsmöglichkeiten für die Patienten.
Mehr Aufenthaltsmöglichkeiten, bzw. bessere Ausgestaltung.
Mehr Zeit für Einzelgespräche mit dem Psychologen und in der Gruppe.
Mit bestimmten Einzelpersonen öfters einmal ein Einzelgespräch zwischen Arzt und Patient führen und über seine eigene Krankheit und Auswirkungen zu sprechen.
Weniger Psychopharmaka.
Schlechte Zimmereinrichtung (kaputte Möbel, Matratzen etc.) Speisen kalt oder viel zu heiss; immer dieselbe Auswahl. Zuwenig Gespräche mit dem behandelnden Arzt. Man muss sich um vieles selber kümmern, damit man die Therapie bekommt.
Die Milch müsste beim Frühstück richtig heiss gereicht werden, damit auch dann der Kaffee nicht nur lauwarm ist.
Bei uns wurde jedem Patienten eine Aufgabe übertragen z.B. Blumen oder Garten oder Service etc. Ein wenig Kontrolle, ob die Aufgaben auch durchgeführt werden, hätte nicht geschadet. Der Bereich, der zu reinigen war oder Aschenbecher ausleeren etc. hatten sehr zu wünschen übriggelassen.
Zum Rauchen musste ich in den Garten gehen. Akute Krise am Sonntag: ca. 2 Stunden auf „Notdienst“ warten – Arzt sagt, er kenne mich ja nicht, er sei von einer anderen Station. Er geht nach 10 min. Personal (Ärzte) haben keine Zeit. Weil das meine Frau kritisierte, begann Stationsärztin mit uns zu streiten und ging. Man dürfe max. 40 Tage bleiben – dann nach X gebracht, in die Geriatrie zu Verwirrten (bin 72 und depressiv)! Immer andere Ärzte, die nicht informiert über mich wurden. Bei Visite kein Eingehen auf Fragen ausser „Wie geht's?“.
Mit dem Benehmen mancher Patienten. Es wäre schon viel schöner, wenn man mit jemandem lieben Menschen reden kann. Jung und alt gehören nicht zusammen.
Es sollte die Ergotherapie länger dauern! Die Rauchermöglichkeiten lassen sehr zu wünschen übrig!
Ich war im Grossen und Ganzen zufrieden
Bettenanzahl pro Zimmer auf max. 2 bis 3 Betten reduzieren. Pro Bett je ein separater Telefonanschluss. Ein Radio bzw. TV-Geräte pro Zimmer; bessere/abgeschlossenerer Aufenthaltsbereiche für Patienten und Besucher; Erneuerung der Liftanlage (technische Mängel!).
Mehr Unterstützung und psychologische Beratung. Aufklärung von Medikamenten.
Ein geschultes (oder besser geschultes) Pflegepersonal, mehr Freizeitaktivitäten schaffen oder anbieten. Den Rauchern einen Raucherraum zur Verfügung stellen.
Ich habe keinen Termin für Physiotherapie bekommen. Während meines Aufenthalts war kein Termin frei. Hat mir sehr leid getan.
In jedem Zimmer ein TV.
Immer nur ein Einzelzimmer pro Patient.
Ein Platz zum Alleinsein fehlt. Das Essen war aussergewöhnlich schlecht.
Es gibt keine Duschmatten, wenn man fällt, hat man keine Möglichkeit, sich hochzuziehen.
Ich bekomme vielleicht deshalb keine Aufklärung über die Krankheit, weil ich sie schon viele Jahre habe und selbst Bescheid weiss (zu Frage 52) 1. Mehr Personal für Aussenaktivität, wenn möglich jeden Tag an die frische Luft. 2. Depressiven Menschen helfen bei der Körperpflege (Haare waschen, Duschen etc.) 3. Raucherecken einrichten.
Über Nebenwirkungen besser aufklären.
Es sollte eine Raucherecke geben.
Die Raucherzone sollte wieder eingeführt werden.
Ich hätte gerne einen Raum, in den man sich zurück ziehen kann und in dem man von den Mitpatienten in Ruhe gelassen wird (zum Lesen, Nachdenken, Cafe trinken und Rauchen). Ein Cafeautomat auf der Psychiatrie wäre auch nicht schlecht.
Es hat alles gepasst.
Es könnten eventuell Radios oder Fernseher im Zimmer sein und es sollte eine bessere Aufteilung für grössere Garderoben geben.
Mehr Höflichkeit bzw. Respekt einiger KrankenpflegerInnen. Mehr Information über Medikation, Aufenthaltsdauer, Therapie, Stationsregeln usw. Qualität und Grösse der

Mahlzeiten (speziell abends).
Aufnahmezeit in der Klinik (1 Woche vor Weihnachten) liess zu wünschen übrig.
Manchmal hätte ich mir gewünscht, auch einmal mit einer Psychologin zu sprechen. Ich hätte die Auswertung der Persönlichkeitstests gerne behalten, weil das Ergebnis mir so schnell vorgesagt wurde, dass ich mir nicht alles gemerkt habe.
Die Pfleger sind manchmal sehr brutal! Die Betreuer und Ärzte haben für ein gründliches Gespräch nie genug Zeit.
Schwer Kranke zusammen, leichtere Kranke zusammenlegen.
Man hatte mir das Zimmer gezeigt und ich musste drei Stunden auf einen Arzt warten für das Aufnahmegespräch – Dauer: 10 Minuten. Es ging mir nicht so gut und ich brauchte dringend jemanden zum Reden. Das Personal ist so knapp, dass man Glück hat, ein 20-Minuten Gespräch einmal pro Woche zu ergattern. Mir ist es auch etliche Male passiert, dass ich ruhig gestellt wurde und in Trance den Gang auf und ab lief. Man muss immer selber x mal fragen ob ein Arzt Zeit hat für ein Gespräch. Alle sind im Stress – schade – ich habe die Klinik verlassen.
Dass auch in der Nacht eine Möglichkeit besteht zum Rauchen.
Ich hatte keinen zuständigen behandelnden Arzt.
Es waren zu viele Personen in einem Zimmer.
Auf keinen Fall Streit zwischen Personal und Patienten vor anderen kranken Leuten, die gerade versuchen, aus ihrem Dilemma heraus zu kommen und vor allem keine Bevorzugung anderer Patienten, die mit Aschenbechern nach Leuten werfen und eine ganze Raucherecke muss dafür um 20:00 ins Bett gehen.
Ärzte sollten mehr Absprache mit dem Pflegepersonal halten.
In der offenen Station sollte es ein eigenes Raucherzimmer geben. Die Patienten sollten sich mehr an die Hausvorschriften halten.
Sport und Bewegungstherapie waren eine Beleidigung!
Mehr Fernseher.
Ein Raucherzimmer.

Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Wenn man in die Zelle muss, dass man in meinen Augen eher grob ausgezogen und der Schmuck „abgeschraubt“ wird, das war sehr brutal für mich!
Sauberkeit des Speisezimmers und des Arbeitszimmers.
Aufklärung über Medikamente, die Entlassung war sehr schlecht.
Es soll besser behandelt werden, bei den Ärzten.
Wenn man ein Einzelgespräch mit einem Psychiater wünscht, sollte diesem Wunsch entsprochen werden.
Individuelle Pflege, keine Schema „F“ Betreuung.
Mehr Öffentlichkeitsarbeit, um Vorurteile abzubauen – das würde auch den Eintritt in die Psychiatrie erleichtern.
Die Freiheit würde ich mir wünschen.
Langeweile..
Mit der terminlichen Koordination der Ärzte (Pünktlichkeit) gegenüber dem Patienten. Langes Warten auf die Ärzte. Umgang vom Fachpersonal mit dem Patienten bezüglich der „Mündigkeit“ des Patienten als „Selbsteinweiser“ (Hierarchie Institution, Personal Patient!).
In der geschlossenen Abteilung etwas mehr Beschäftigungsmöglichkeiten.
Mir gefiel nicht, dass ich in Musiktherapie musste. Ich finde es schade, dass man nicht auf den Grund geht, warum man süchtig wird.
Dass man selber entscheiden kann, welche Medikamente man nehmen möchte und welche nicht, da man seinen Körper besser kennt als die anderen.
Als ich wegen eiskalter Füße nicht schlafen konnte und um eine Bettflasche bat, lachte der Pfleger mich aus und deckte mich so warm zu, dass ich oben schwitzte, die Füße blieben aber eiskalt.
Dass man in seiner Person ernst genommen wird. Weniger Überheblichkeit und spürbare Distanz der Ärzte; Arroganz der Professoren in unerträglichem Masse.
Zu wenig therapeutische Gespräche.
Keine Spritzen mehr.
Man sollte eher auf Gesprächstherapie setzen, statt die Patienten mit Antidepressiva voll zu stopfen. (Hatte mehrere Tage schwere Entzugserscheinungen).
Nicht so oft ein Zimmerwechsel. Abstimmung von Schmerzmittel und Psychopharmaka.
Frisch Operierte sollten nicht angenommen werden.
Wünsche: Psychologische Gesprächstherapie, Spirituelle Angebote, Energiearbeit.
Es gab einen zu starken Ärztewechsel. Alle Patienten sollten an einem Pflichtprogramm teilnehmen müssen. Die Besuchszeiten sind zu stark eingeschränkt. Und man sollte mehr Informationen über die Medikamente bekommen.
Ich war ehrlich, die Klinik nicht!
Ich habe die PUK in sehr guter Erinnerung und keine Verbesserungswünsche.
Ich hoffe nur eines, nicht mehr einen Rückfall zu bekommen und vielleicht mehr Gespräche auf der Psychiatrie.
Es war sehr schwer ein Medikament aus der Reserve zu bekommen. Es gab meist schwierige Diskussionen oder es gab gar nichts.
Überdosierung Medikamente, zu wenig persönliche Auseinandersetzung mit mir als kranker Person.
Perspektiven erarbeiten können; mehr Gespräche mit Bezugspersonen; wie verhalte ich mich danach, man hört und sieht ja sehr viel Leid; wie gehe ich mit Stigmatisierung um; ein Pfleger verhinderte eine Bekanntschaft mit einem Patienten aus anderer Abteilung.
Mehr Sportmöglichkeiten, z.B. Yoga und eine freundlichere Atmosphäre bei den Mahlzeiten.
Den Medikamenten wird zuviel Gewicht gegeben. Andere Therapieformen werden als zu nebensächlich behandelt.
Vermischung von Süchtigen zum Beispiel Alkoholiker zu Drogenabhängigkeit (Heroin, Kokain usw), klarere Trennung.

Ich würde mir mehr Einzelgespräche mit dem Psychiater wünschen und nicht nur eine 5 – 10 Minuten lange tägliche Visite.
Keine Beschwerde, alles in Ordnung.
Mehr Offenheit!
Es besteht die Gefahr, dass ein Besuch oder auch beim Eintritt, Drogen mitgenommen werden. Ich wünsche mir eine stärkere Kontrolle.
Ich war als Krise gekommen und manchmal brauche ich einen geschützten Rahmen und ich hatte das Gefühl, dass ich nicht gerne aufgenommen wurde und dadurch wurde ich auch zu wenig ernst genommen. Ich wünsche, wenn man freiwillig kommt und ein paar Tage braucht, auch dann ernst genommen wird. Und nicht nur, wenn man anschliessend nicht in eine (Drogen)Therapie geht. Ich bezahle die Krankenkasse und habe das Recht, als Krise zu kommen.
Wenn der Patient eine langjährige Beziehung hat, soll der Partner/in auf die gleiche Station aufgenommen werden können. Wenn dies nicht möglich ist, dann wenigstens die Möglichkeit für einen Besuch oder Telefonieren. Es war sehr blöd letztes Mal, wir wären viel länger geblieben!!!
Ich war sehr zufrieden. Ich war vor meinem Selbstmord und so gut betreut worden, dass der Gedanke nicht mehr so oft ist.
Internetzugang auf der Station, eventuell Kopiermaschine.
Zimmerwechsel nicht so oft!
Man sollte die Patienten ernst nehmen und respektvoll behandeln wie in der somatischen Medizin!
Dass die Medikamente, die verordnet waren, auch immer korrekt abgegeben wurden.
Mehr Gespräche (war Grund für meinen Austritt). Das Pflegepersonal ist „burn out“. Psychiater sollten nicht so als „Gruppe“ auftreten – Verhörsituation.
Betreuerin hat sehr schlecht über mich geredet. Ich habe dort gar keine Drogen gehabt oder gehandelt, was sie gesagt hat.
Zu wenig Suchterfahrung aller Angestellten auf der Entzugsabteilung.
Mich störte es, dass in der offenen Abteilung Alkohol- und Drogenabhängige zusammengelegt wurden. Therapieformen sind zu unterschiedlich!
Ich würde gerne alleine im Zimmer sein.
Dass ich, wenn überhaupt, mit Leuten im Zimmer bin, welche mir in meinem Krankheitsbild nicht schaden!
Zu bemängeln war: Kein Psychotherapie-Angebot während des stationären Aufenthaltes. Nach dem Austritt hatte ich einen Rückfall. Dies wäre durch einen Übergang in eine Tagesklinik wahrscheinlich nicht passiert.

Selbsthilfeorganisationen

Psychologe war nach neun Wochen wegen Unfall ausgefallen und wurde nicht ersetzt bis zum Austritt.
Unbedingt guten intensiven Kontakt zwischen Klinik und einweisenden Arzt pflegen (seitens Klinik); Familienangehörige viel mehr einbeziehen; keinesfalls eine Gruppengesprächstherapie als für alle obligatorisch erklären, wenn für einzelne schon das Einzelgespräch unter 4 Augen Schwerstarbeit ist; Wechsel der Bezugspersonen sollte möglich sein (nach gründlicher Abklärung); am wichtigsten ist Vertrauen zu Patient schaffen, alles andere ist untergeordnet, die besten Therapien greifen sonst nicht.
Hab nicht mal eine Fachperson von weitem gesehen. Hatte weder Eintritt noch Austrittsgespräch, einmal pro Woche ein Gespräch mit 5 bis 6 Personen, Dauer: 5 min!!
Alternative Medizin, Aufklärung darüber.
Besserer Einbezug der Angehörigen, bessere Nachbetreuung, bessere Rücksprache betreffend Austrittstermin.
Mehr Einbezug von alternativen Heilmethoden, genügend Personal, genügend Supervision in den Teams.
Einzelzimmer.
Die Kleiderschränke waren im Korridor statt im Zimmer.
In beiden Kliniken war die Sexualität ein absolutes Tabuthema... ab und zu einen Zimmerschlüssel, um sich eben deswegen zurückzuziehen! Ich bin sexsüchtig und werde nie ernstgenommen...
Verschiedene Leute mit unterschiedlichem Niveau, die während der Krankheit sehr belastend waren (Mitpatienten) (besonders bei meiner Krankheit = Depression).
Einzelzimmer.
Der Arzt war mehrere Male nicht erschienen. Ich habe mehrere Stunden für nichts gewartet. Keine Ergotherapie erhalten, da zu viele Patienten. Ich musste eine ganze Woche auf der geschlossenen Abteilung bleiben, weil es auf der allgemeinen Abteilung keinen Platz hatte. Es hatte zu wenig Personal d. h. fast keine Therapeuten ausser dem Arzt und den Pfleger/innen. Somit hatte ich praktisch keine Therapien. Zu Hause hätte ich viel mehr Möglichkeiten gehabt und hätte die Zeit nicht zu Tode schlagen müssen.
Junge Patientinnen wurden bevorzugt behandelt, fast etwas „verpöppelt“ (ca. 16- bis 18jährige). Das war störend für alle anderen PatientInnen, die z.T. durch die Launen der ganzen Jungen „terrorisiert“ wurden.
Schnelleres Einsetzen der Neben-Therapien: Ergo/Bewegungs/Musik/ Ausdrucksmalen. Musste zu lange warten, war sehr schwierig. Gruppentherapie: total daneben, brachte viele zur Verzweiflung, war völlig überflüssig (in zwei Kliniken so erlebt!)
Ich hatte den Eindruck, dass die Ärzte inklusive Psychiater, die ich ambulant kennen lernte, ziemlich hilflos waren. Sehr zufrieden bin ich mit meiner jetzigen Psychotherapeutin (Biodynamische Körpertherapie).
Bei einem der ersten Gespräche (mit Ehemann) hatte der Arzt eine völlig falsche Krankengeschichte vor sich!!
Winzige Doppelzimmer, keine eigene Nasszelle, sollte es nicht mehr geben.
Mein Psychiater war etwas unfreundlich und arrogant, neben ihm kam ich mir noch kleiner und wertloser vor. Die Bestimmung der Bezugsperson (Pflege), Mitspracherecht und das Recht eine andere Bezugsperson zu erhalten, wenn man mit der zugeteilten nicht klarkommt.
Der ständige Ärztewechsel, kein Vertrauensverhältnis, keiner konnte mich kennen lernen. Wünschenswert: Einbezug von Homöopathie, hab ich erst 7 Jahre später gemacht und langsam aber sicher hat sich der Knoten in meiner Seele gelöst. Man hat mich nur beim Eintritt nach Missbrauch gefragt und nachher 10 Monate nie mehr. Warum? Bei mir war es einbetoniert und nicht mehr bewusst oder immer wieder verdrängt wie bis dahin 40 Jahre lang.
Mit dem Aufenthaltsraum war ich unzufrieden (zuviel Rauch).

Bei Eintritt zuerst nach organischen Störungen suchen d. h. allgemeines Check – up inklusive hormonelle Untersuchung. Mehr Zeit für Therapien, mehr Zeit von Seiten der Ärzte und Pflegepersonal. Rechtmässig sollten in der Klinik die gleichen Gesetze gelten wie im täglichen Leben in Bezug auf körperliche Angriffe und Denunzierungen durch andere Patienten.
Das Angebot für seelisch/religiöse Betreuung hat gefehlt, Gespräche mit Ärzten waren spärlich: In einem Monat zweimal und einmal bei Austritt. Musiktherapie würde ich mir wünschen bei einem nächsten Mal.
Kompetenz Medikament war unzureichend. Zuwenig Erholungsatmosphäre. Informationspool für psychische Krankheiten. Arztpraxis mit spezifischer Erfahrung von Psychopharmaka (Betreuung).
Mehr Zeit für Psychotherapie (Gespräche). Mehr Mitspracherecht. Keine 20 Bettenzimmer mehr. Geschlossene Abteilung nur im Notfall, nachher falls möglich Verlegung auf halboffene oder offene Station.
Musiktherapie hat gefehlt.
Eine falsche Diagnose sollte sich auf keinen Fall wiederholen, war 2000 der Fall. Ich möchte betonen, dass ich auch sehr nette Ärzte kennen lernte.
Ich als Depressions-Betroffene war vor allem mit manischen oder schizophrenen Patienten häufig überfordert. Vor allem in der geschlossenen Abteilung gab es praktisch keine Ausweichmöglichkeiten.
Mehr Transparenz. Mehr Eigeninitiative. Einheitlicheres Konzept.
Ich wünsche mir mehr Gespräche.
Der Arzt passte mir überhaupt nicht und es gab keine Möglichkeit zu wechseln. Konnte ihm nicht vertrauen, denn er verstand mich nicht. Wie hätte ich mir von ihm helfen lassen sollen? Arztwechsel sollte möglich sein, wenn die „Chemie“ nicht stimmt.
Ärzte, die für die Patienten das Beste wollen und ihren Job nicht einfach aus Interesse am medizinisch Funktionieren wählen!
Therapieangebote sollten freiwillig sein. Persönlichkeit und Individualität mehr berücksichtigen. Mitsprache mehr gewichten. Sich freier bewegen können, z.B. nach draussen mit Begleitperson.
Das Rauchen war für mich als Nichtraucherin unerträglich. Eine Mehrzahl des Personals und der Patienten rauchten penetrant. Isolationszellen und Valumspritzen mit Gewalt waren schrecklich!
Warum steckt man eine manisch-depressive Frau immer sofort bei Ankunft in Zwangsspritzen und Zwangsbett? Ich wünschte mehr Verständnis für die Krankheit und nicht Isolierung.
Dass man nicht in irgendein Schema gedrängt wird (welches auch immer), sondern dass auf die individuelle Situation eingegangen wird.
Mich als schwer kranker Mensch anhören und nicht nur über mich verfügen. ZUHÖREN!!
Mehr auf den Patienten eingehen. Einzelgespräche mit Fachpersonen. Bessere Massnahmen-Eingliederung Erwerbsleben. Mehr Information zur Erkrankung.
Mehr Körpertherapie. Entspannungstechniken, Massagen, Gymnastik, Physiotherapie, Atemgymnastik. Weniger Hierarchie.
Besucherräumlichkeiten.
Mit der Klinik keine Probleme, eher mit den Mitpatienten.
Transparenz in der Therapie und vom Therapeuten. Respekt vom Psychiater mir gegenüber. Auch wenn ich eine psychische Störung habe, bin ich nicht hirnamputiert.
Kameras installieren, damit Zwangsmedikationen weniger würden.
Die Krankheit beim Namen nennen! Aufklärung über Krise, in der man sich befindet (z.B. Depression, Angsterkrankung).
Ich denke, dass die kantonalen Kliniken im allgemeinen Orte sind, wo psychisch kranke Menschen nur eingelagert werden! Vermischte Patienten verunmöglichen eine gezielte Therapie!
Die Pfleger und die Ärzte haben viel zu wenig Zeit für den Patienten und nehmen uns erst ernst, wenn wir total in einer Krise (akut) stehen oder uns verletzen!

Ich war immer alleine im Zimmer und das Personal hatte keine Zeit zum Reden. Ich fühlte mich sehr alleine gelassen.
Dass vor allem Pfleger, aber auch Ärzte lernen, Anliegen von Patienten ernst zu nehmen, auch wenn sie manchmal verletzend formuliert sind. Dass endlich dem Schallschutz die Beachtung geschenkt wird, die ihm zukommt (dazu gehören nicht nur zugeknallte Türen, sondern auch Schnarcher im Zimmer).
Meine Sorgen und Nöte wurden nicht ernstgenommen.
Zweierzimmer sind ungünstig. Zu viele Wechsel bei den Bezugspersonen sind ungünstig.
Zwangsmedikation
Das Pflegepersonal sollte sich mehr Zeit für Gespräche nehmen.
Es gab nur ein offenes Kartentelefon, das sich nahe eines lärmigen Fussballspieles befand.
Es gibt Unterschiede zwischen der Akut- und der offenen Abteilung. Die Bedingungen in der Akutabteilung sind schlechter. Ich habe meine Bedürfnisse und Erwartungen relativiert. Pharmatherapie und Beschäftigungen waren in Ordnung, ansonsten musste ich meine Hoffnungen auf Hilfe der Realität anpassen. Ich finde den Ansatz der Behandlung zu sehr auf die Chemie ausgerichtet. Da es sich dabei eher um Symptomunterdrückung handelt, kann dies auf lange Sicht keine wirkliche Hilfe sein. Die Angst und Befremdung (und Ratlosigkeit) psychischen Erkrankungen gegenüber ist in unserer Gesellschaft noch sehr gross, das Tabu weitgehend ungebrochen. Dies spürt man leider auch in den Kliniken an der Art, wie man als Patient behandelt wird.
Protestantische Betreuungen waren schlecht.
Die Fixierung sollte sich auf keinen Fall wiederholen!
Mein FFE wurde hochgespielt mit der Absicht, mich in ein Altersheim einzuweisen wegen Depressionen.
Unsere Kinder wurden von einer Ärztin über meine Krankheit so informiert, dass sie lebenslänglich einen „Horror“ vor dieser Institution haben. Psychiater, welche nicht die gleiche „Wellenlänge“ haben, sollten rascher und ohne Beleidigung gewechselt werden können. Besser geschultes Personal in der Psychiatrie (= echte Psychiatrieschwester!).
Keine Fehldiagnosen.
Der Wechsel von der geschlossenen in die offene Abteilung führte auch zu einem Arzt/Ärztinwechsel, was ich als sehr negativ erlebte. Ebenso wechselte das Pflegepersonal, was ich auch negativ erlebte.
Die Gleichgültigkeit des Personals, speziell des Psychiaters (ausgenommen Ergotherapeut und Physiotherapeut) hat mich gestört.
Die Dauer des Klinikaufenthaltes sollte sich nur auf die eigentlichen Krisentage beschränken; sie sollte sich also massiv verkürzen. Dann wäre es ok.
Das Pflegepersonal und die Psychiatrie nahmen sich zu wenig Zeit für Gespräche.
Koordinierte Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal/Therapeuten/Sozialdienst wäre wünschenswert. Ich wünsche mir eine bessere Nachbetreuung.
Ich war etwa 1 bis 2 Monate in der geschlossenen Abteilung. Hier war es sehr schwierig mich mit meiner Frau und meinen 4 Kindern zu treffen.
Es sollte mehr psychiatrische Institutionen für junge Erwachsene geben. Mehr Privatsphäre, keine Arzt- oder Personalwechsel, weniger Spitalgroove – familiärer und gemüthlicher. Pflegepersonal sollte mehr Zeit haben. Für mich war das Schlimmste eingesperrt zu sein und nicht zu wissen, warum genau.
Süchtige sind bei psychisch Kranken einquartiert. Für Süchtige gibt es in der geschlossenen Abteilung keine Therapiemöglichkeiten. Kein Fernsehen in der Nacht. Musste ruhig sein in der Nacht. Dunkle Räume usw. nachts für Süchtige ungeeignet.
Telefonverbot schneller aufheben.
Dass die Patienten bezüglich Therapieformen mitbestimmen können und ihnen diese nicht über den „Kopf“ gestülpt werden.
Es gab gewisse PflegerInnen, die manche Patienten bevorzugten und sich dementsprechend mehr und besser um sie kümmerten. Die sofortige Eingabe von starken Medikamenten und dies über ziemlich lange Zeit war sehr schlecht.
Es gab keine Nichtraucheraufenthaltsräume, dafür Ruhestörungen über Mittag und in der

Nacht.
Personal war bei der Aufnahme völlig überlastet. Informationsgruppen fielen meistens wegen Personalmangel aus. In der Klinik war zu wenig Platz, es war überfüllt.
Die ambulanten und tagesklinischen Angebote müssten stark ausgebaut werden und auch von den Krankenkassen bezahlt werden.
Es sollte keine überhöhte Medikamentierung geben.
Die Aufnahmebedingungen, die angsterzeugend wirken und dadurch Gewalt provozieren, Weichzelle mit humaner 1:1 Betreuung, wo Betreuung je nach Bedürfnis des angehenden Patienten Gespräch und Annäherung (Vertrauen) ermöglicht und Information über die folgenden Schritte erfolgt; heilungsfarbliche Gestaltung der Räumlichkeiten.
Mehrere alternative Behandlungsmethoden zu den Medikamenten. Möglichkeit, Krisen ohne Medis zu durchleben – kurz: mehr Mitsprache bzw. Ernstnahme bei der Behandlung; hellere, humanere Räume, weniger Gewalt (psychische und körperliche).
Es sollte keine Einschüchterungen durch Ärzte und Pfleger geben.
Mehr Selbstbestimmung (Medikamente, Therapie) Konnte auf manche Fragen nicht mit Ja/Nein antworten (zu Fragebogen).
Ich wünsche mir verstärkt Einzeltherapie mit einem Psychiater.
Dass die Krankenkasse so lange hatte, bis die Kostengutsprache eintrat!
Ich wünsche mir eine Therapie ohne Medikamente, viel Ruhe und Erholung, keinen psychischen Stress, mehr Freiheit und Selbstverantwortung und mehr Vertrauen.
Ich war überrascht über die neue offene Abteilung mit Einbezug meines Therapeuten von ausserhalb. Ich finde das ideal für die Krisenintervention. Ich wünsche mir, dass es mehr solche Kriseninterventionsstationen gibt, mit Einbezug des eigenen Betreuerteams (Arzt und Therapeut).
Ich finde es nicht richtig, wenn Depressive mit Drogensüchtigen etc. zusammen sein müssen. Man sagte mir, dass man mich nicht entlassen müsse, wenn man nicht wolle, obschon ich freiwillig dort war.
Mehr Zeit für die Patienten. Schlechtes Image der Psychiatrie wegbringen durch Aufklärung. Intensivere Erforschung der Ursachen.
Räumliche Verhältnisse der psychiatrischen Abteilung etwas eng.
Die Einrichtung von Kliniken speziell für die Seelenkrankheit Depression, die keine psychische Erkrankung im herkömmlichen Sinne ist und mehr spezialisierte Ärzte/innen benötigt.
Der häufige Ärzte- und Personalwechsel darf nicht sein.
Information sollte besser und offener sein, mehr Gespräch MIT den Patienten als über sie.
Arroganz der Ärzte (Frau wie Mann), sie haben viele Vorwürfe gemacht.
WC/Dusche nicht im Schlafraum.
Auch nach der Klinik – Möglichkeit, als Externer in Kartonage-Arbeit mitzuwirken.
Massage Therapie hat gefehlt.
Mit den Therapiemöglichkeiten (viel zu wenig). Alle unter einem Dach (Drögeler, Alkis usw.).
Zu viele Leute in schmalen Klinikraum, zu viele Selbstmorde bei den Klinikmenschen, zum Teil ungerechte Behandlung, zu lange Dauer der Behandlung.
Zwangsspritze, verdreckte Unterwäsche im Zimmer, Übermedikation, Ausgehverbot. Ich finde, wenn es mir nicht mehr möglich ist, wegen vielen Medikamenten, zu duschen selber etc., dann müsste Pflegepersonal helfen, nicht Angehörige oder Mitpatienten.
Atmosphäre zwischen Patient und Pflegepersonal schlecht. Besonders Schutz vor Psychosepatienten war schlecht. Soziale Förderung sehr mangelhaft. PC sollte nicht wichtiger sein als die Patienten.
Mehr Gespräche mit Fachleuten. Dass man mit seinen Problemen nicht so alleine ist. Nicht so viele Medikamente und Schlafmittel.
Überhaupt nicht auf Entlassung vorbereitet. Ein Arzt, der der Sache gewachsen ist und nicht ein Assistent, der wahrscheinlich grössere Probleme hatte als wir Patienten.
Spritzen. Keine Gespräche bei Eintritt per FFE. Zu hohe Dosis der Medikamente.
Die Qualität im Betreuerteam (Pfleger und Arzt) lässt zu wünschen übrig! Für viele Pfleger war die Fussballeuropameisterschaft wichtiger als der Patient.

Ich wünsche mir noch mehr Therapie durch Psychologen.
Mehr Aufklärung, warum gewisse Dinge geschehen.
Mehr Zeit und Zuwendung des Pflegepersonals.
Die behandelnde Ärztin war kalt, abweisend und inkompetent. Der Abschlussbericht wurde von zwei Psychiatern als sachlich falsch bezeichnet. Es gab ausser Medikamenten und zwei Gesprächen nichts. Das Pflegepersonal war fürsorglich und hatte Zeit für mich.
Das Essen sollte etwas besser und mehr sein.
Der Zeitdruck, unter dem das Personal steht, ist enorm. Dürfte heute noch grösser sein. Dies habe ich als sehr störend empfunden.
Kompetentes Pflegepersonal, mehr Therapieangebote, mehr körperliche Bewegung – auch im Freien, weniger Gefängnischarakter. Unzufrieden war ich über die Schlafsäle mit zehn und mehr Betten und über die „Fliebsbandarbeit“.
Eintrittsgespräch vor 8 (!) Personen ausgestellt. Sozusagen KEIN Therapieangebot, keine regelmässigen Gespräche mit einer Psychiaterin/Psychologin. Pflegepersonal: keine Zeit für Gespräche, z.T. fühlte ich mich nicht ernst genommen.
Eingehen auf Regressionssituationen, alternative Therapieformen z. B. voice dialog, rebirthing, Transformationstherapie etc.
Wenn möglich, mehr informieren.
Alternative Behandlungen, mehr Ehrlichkeit, mehr Aufklärung über Medikamente und Entzugserscheinungen, längere Gespräche mit Arzt, mehr Ruhemöglichkeiten, mehr Eigenständigkeit (nicht so strikte Tagesordnung).
Ich habe immer sehr unter den Medikamenten gelitten, bis ich 1996 endlich eine Patientenverfügung verfasst habe.
Möchte keine Infusionen und keine EKT (Elektroschocks)! Das waren sehr schlimme Erfahrungen für mich!
Mit der respektlosen, rücksichtslosen Behandlung und dem kompletten Freiheitsentzug hatte ich sehr Mühe. Es gab auch unfähige Pfleger, die teilweise sogar handgreiflich wurden (nicht mir gegenüber).
Welche Medikamente man bekommt und was sie bewirken. Ich möchte nie mehr mit alkoholkranken Menschen im gleichen Zimmer wohnen.
Behandlung in der Muttersprache! Vor den Zwangsmedikationen den Dialog suchen. Bei Informationsmangel Informationen beschaffen. Genügend komfortables Isolationszimmer (Bett, Hygiene, Sanitäre Installationen, Temperatur)!
Offene Information über Krankheit, Therapie, Medikamente, Nebenwirkungen, weniger Information an die Angehörige, genauere somatische Abklärung und Behandlung. Den Patienten ernst nehmen in der Krise!
Mehr Gespräche und Therapien zu Beginn, bei meiner komplexen Störung mehr Zeitinvestition der hauptsächlichen Therapeuten.
Lange Arbeitspausen; das Personal sollte weniger rauchen.
Sehr vieles ist nicht in Ordnung gelaufen. Fühlte mich nicht ernst genommen, nicht auf meine Bedürfnisse eingegangen, wie z.B. 1er Zimmer, zu hohe Dosierung der Medikamente, keine spezifische Trauma-Therapie, keine Information und Erklärung nach Aufdeckung des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit, keine eigene Auswahl möglich. Z.T. Unqualifiziertes Pflegepersonal. Keine Möglichkeit, Wut oder Trauer sofort auszuleben mit der Betreuung. Kein Unterschied zwischen Allgemeinen und Halbprivat-Patienten. Vorwiegend nur Assistenzärzte und Psychologinnen ohne grosse Erfahrung.
Dass mein wirkliches „Problem“ nie direkt angesprochen wurde. Oder genauer: feiges (Selbstschutz) Verhalten von vielen! Die Zwangsmassnahmen wurden nur mit mir nach besprochen, weil ich danach fragte. Die Ärzte unterstützten und motivierten mich erst, als eine Arztfreundin von mir mit der behandelnden Ärztin Kontakt aufnahm und einiges erklärte. Die aufklärenden, offenen und ehrlichen Gespräche über mein Problem mit der Ärztin fehlten absolut und hatten dann auch entsprechende Folgen, die sich bis heute hinziehen! Ich durfte meine psychische Störung nicht ausleben – d.h. man liess mich einige Tage (Tag und Nacht) weinen ohne Medikamente zu erhalten. Ich selbst empfand das als Quälerei. Meine beste Freundin und einzige Stütze in meiner Leidenszeit wurde überhaupt nicht in die Behandlung

mit einbezogen. Es wurde nur zwischen Tür und Angel von den Pflegern erwähnt, dass mein Mann mein Problem sei. Z.B. „Haben Sie sich schon einmal überlegt, sich von ihrem Mann zu trennen?“ oder Besuchsverbot für meinen Mann.
Forderung: Keine Psychiatrie in der heute bestehenden Form. Sie ist ein Ausdruck von Hilflosigkeit der Medizin und letztlich menschenverletzend und entwürdigend. Kurzum: Die schlechteste aller Möglichkeiten.
Bei Aufnahme nicht innerhalb von 48 Stunden vollgepumpt zu werden. Kein Mitspracherecht bei der Höhe der Dosierung von Neuroleptika. Nebenwirkungen werden vom Pflegepersonal heruntergespielt bzw. bewusst nicht wahrgenommen.
Persönliche Betreuung und Zeit waren eindeutig zu wenig. Menschen mit unterschiedlichsten Problemen mussten aus Platzmangel zusammen gelegt werden.
Ich kam mit meiner Ärztin persönlich nicht zurecht. Ich hätte gern gewechselt, was aber nicht möglich war.
Belastet hat mich der „Patienteneintopf“ (Alkoholiker, Drögeler ...). Zum Glück war ich in der offenen Abteilung. Ich durfte mich immer wieder für Spaziergänge abmelden.
Neubau, Einzelzimmer mit Telefonanschluss, damit die Privatsphäre gewährleistet ist. Nicht das Telefon in der Küche oder im Gemeinschaftsraum benutzen müssen.
Alternative Therapiemöglichkeiten, körperorientierte Therapie, Aufarbeiten der Lebensgeschichte und Traumabewältigung etc. hat gefehlt.
Viel mehr Gespräche mit dem Psychiater!!!
Freie Klinikwahl – Krankenkassenproblem!
Wachsaalerfahrung war schlimm, mehr körperbezogene Therapien anbieten!
Mehr sportliche Aktivitäten anbieten.
Es war zu steril und zu wenig künstlerische Möglichkeiten vorhanden. Allgemein war Behandlung zu einseitig und eingeschränkt in allen Bereichen.
Ich hatte eine Psychose und habe anständig gelebt, dann kam ich in einen Kreis mit Alkoholiker und Drögeler sowie Verwahrlosten. Das hat mich sehr belastet.
Zu viele und falsche Medikamente. Konnte weder laufen noch reden.
Mehr Gruppentherapie, mehr Beschäftigung, Leute besser platzieren (nicht alle auf einen Haufen, unterscheiden zwischen den verschiedenen Krankheiten).
Fernsehbeschränkung.
Ich bin nur allgemein versichert und musste 100 SFR pro Tag selber bezahlen.
Mehr ambulante und alternative Behandlung.
Weniger überlastete und überforderte Pflegende, so dass individuelle Bedürfnisse wahrgenommen und diskutiert werden können.
Repetitives Aufschwätzen von Medikamenten, zu wenig Mitbestimmung bei Therapie, partnerschaftliche Gesprächsebene mit Therapeuten, keine Bevormundung und mehr Respekt vor der Privatsphäre
Bessere Aufklärung (Krankheitsbild). Die geschlossene Abteilung, Aufnahme, zu grosser Schlafraum, auf die richtige Abteilung verlegen (Alter und Situation).
Wünschen tue ich mir: den Betroffenen als ganzheitliches Wesen/Menschen begegnen. Ganzheitliches, Alternatives Heilen in Kombination zur Schulmedizin.
Schlechte, renovationsbedürftige Einrichtung und ungeeignete Zimmerpartner!
Negativ war vor allem die medikamentöse Therapie. Man verliess sich auf fast nichts anderes.

ANHANG A 19

Faktorenanalyse

Lösung der Faktorenanalyse unter Berücksichtigung der Faktoren mit Eigenwert > 1

Itemkurztext	Komponenten a									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(73) Beurteilung Behandlungsqualität	.78									
(74) Zufriedenheit mit Behandlung	.76									
(60) Vorbereitung auf Entlassung	.76									
(21) Fachliche Betreuung Arzt	.73									
(76) Wiederkommen	.71									
(54) Ernstnehmen psych. Störung	.70									
(34) Einbezug Behandlungsziele	.69									
(20) Unterstützung Arzt	.68									
(29) Gewünschte Behandl. erhalten	.67									
(72) Entsprechung Klinik	.67									
(40) Nutzen erhaltener Behandlung	.66									
(77) Weiterempfehlung	.65									
(75) Hilfestellung ausreichend	.63									
(59) Schlussgespräch hilfreich	.63									
(52) Information Krankheit	.63									
(19) Vertrauen in Arzt	.62									
(16) Genügend Gespräche Arzt	.62									
(18) Höflichkeit Arzt	.60									
(53) Verständliche Info Krankheit	.60									
(55) Gesprächspartner bei Sorgen	.59									
(64) Rückfall	.57									
(37) Einbezug soziale Situation	.55									
(63) Information Angehörige	.55									
(32) Einbezug Angehörige	.52									
(58) Reklamationen	.51									
(17) Respektvolle Behandlung Ärzte	.49									
(27) Zeit Pflegepersonal	.47									
(28) Unterstützung Pflegepersonal	.47									
(62) Zeitpunkt der Entlassung	.45									
(13) Empfang bei Ankunft	.44									
(14) Erklärung weiteres Vorgehen	.44									
(36) Betreuung bei körperlichen Beschwerden	.43									
(30) Information Therapieangebot	.41									
(12) Information Eintritt	.41									
(71e) Sauberkeit des Etagen-WCs		.79								
(71d) Sauberkeit des eigenen WCs		.77								
(71b) Sauberkeit des Etagen-WCs		.76								
(71f) Verfügbarkeit des Etagen-WCs		.76								
(71c)Verfügbarkeit Etagendusche/WC		.73								
(71a) Sauberkeit eigene Dusche/Bad		.70								
(67f) Essensqualität insgesamt			.84							
(67b) Geschmack der Mahlzeiten			.84							
(67d) Präsentation der Mahlzeiten			.79							
(67a) Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten			.75							

(67c) Grösse der Portionen	.72		
(67e) Temperatur der Mahlzeiten	.68		
(65f) Ruhe im Zimmer	.69		
(65e) Privatsphäre im Zimmer	.68		
(57) Rückzugsmöglichkeiten	.65		
(66) Ansprüche an Zimmer	.61		
((65a) Einrichtung im Zimmer	.57		
(65c) Ablage- Verstaum von Eigentum	.55		
(65d) Sauberkeit im Zimmer	.53		
(65b) Matratzenqualität	.42		
(49) Information Nebenwirkung Med.	.60		
(50) Verständliche Info Medikamente	.59		
(48) Information Hauptwirkung Med.	.55		
(11) Information über Krankheit	.52		
(56) Aufklärung über Rechte	.50		
(51) Behandlungsalternativen	.47		
(46) Unterstützung Therapeut	.68		
(43) Höflichkeit Therapeut	.66		
(44) Vertrauen Therapeut	.61		
(45) Zeit Therapeut	.57		
(41) Zuständigkeit Therapeut	.54		
(42) Respekt therapeut. Personal	.53		
(69b) Sitzmöglichkeit Rauchecken	.90		
(69a) Grösse Rauchecken	.89		
(69d) Verfügbarkeit Rauchecken	.80		
(69c) Sauberkeit Rauchecken	.79		
(26) Vertrauen Personal	.51		
(25) Höflichkeit Personal	.50		
(24) Respekt Personal	.47		
(4) Wahrnehmung Rechte bei FFE	.74		
(3) Aufklärung Rechte bei FFE	.68		
(7) Verhinderung Zwangsmassn.	.58		
(9) Aufklärung Rechte Geschlossenen	.52		
(10) Wahrnehmung Rechte Geschl.	.50		
(6) Nachbesprechung Zwangsmass.	.42		
(22) Zuständigkeit Pflege	.59		
(23) Info über An-Abwesenheit Pflege	.44		
(15) Zuständigkeit Arzt	.41		

Anmerkung: Hauptkomponentenanalyse; Ladungen < .4 nicht aufgeführt (Items 31, 33, 35, 39).
a bezeichnet die Ladung des Items auf den jeweiligen Faktor.

Faktor 1 „Generelle Zufriedenheit“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(73) Beurteilung Behandlungsqualität (ZUF-8)	.81	.95	.74
(74) Zufriedenheit mit Behandlung (ZUF-8)	.82	.95	.70
(60) Vorbereitung auf Entlassung	.73	.95	.65
(21) Fachliche Betreuung Arzt	.82	.95	.69
(76) Wiederkommen (ZUF-8)	.75	.95	.67
(54) Ernstnehmen psych. Störung	.70	.95	.64
(34) Einbezug Behandlungsziele	.74	.95	.64
(20) Unterstützung Arzt	.76	.95	.64
(29) Gewünschte Behandl. erhalten (ZUF-8)	.62	.95	.59
(72) Entsprechung Klinik (ZUF-8)	.76	.95	.73
(40) Nutzen erhaltener Behandlung (ZUF-8)	.66	.95	.57
(77) Weiterempfehlung (ZUF-8)	.69	.95	.63
(75) Hilfestellung ausreichend (ZUF-8)	.65	.95	.56
(59) Schlussgespräch hilfreich	.65	.95	.46
(52) Information Krankheit	.77	.95	.68
(19) Vertrauen in Arzt	.69	.95	.57
(16) Genügend Gespräche Arzt	.69	.95	.54
(18) Höflichkeit Arzt	.72	.95	.63
(53) Verständliche Info Krankheit	.65	.95	.61
(55) Gesprächspartner bei Sorgen	.70	.95	.53
(64) Rückfall	.62	.95	.40
(37) Einbezug soziale Situation	.57	.95	.39
(63) Information Angehörige	.61	.95	.37
(32) Einbezug Angehörige	.40	.95	.39
(58) Reklamationen	.59	.95	.49
(17) Respektvolle Behandlung Ärzte	.62	.95	.46
(27) Zeit Pflegepersonal	.60	.95	.57
(28) Unterstützung Pflegepersonal	.58	.95	.63
(62) Zeitpunkt der Entlassung	.35	.95	.32
(13) Empfang bei Ankunft	.70	.95	.56
(14) Erklärung weiteres Vorgehen	.60	.95	.51
(36) Betreuung bei körperlichen Beschwerden	.67	.95	.40
(30) Information Therapieangebot	.36	.95	.39
(12) Information Eintritt	.58	.95	.52

$\lambda = 27.3, 30.9 \%$

Faktor 1 gesamt: M = 97.25, SD = 18.95, Cronbach's $\alpha = .95$

Anmerkung: n = 415; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 2 „Sanitäre Installationen“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(71e) Sauberkeit des Etagen-WCs	.86	.94	.73
(71d) Sauberkeit des eigenen WCs	.85	.94	.69
(71b) Sauberkeit des Etagen-WCs	.87	.94	.69
(71f) Verfügbarkeit des Etagen-WCs	.79	.94	.70
(71c) Verfügbarkeit Etagendusche/WC	.83	.94	.64
(71a) Sauberkeit eigene Dusche/Bad	.86	.94	.62
$\lambda = 6.3, 7.3 \%$			

Faktor 2 gesamt: M = 14.70, SD = 2.50, Cronbach's $\alpha = .95$

Anmerkung: n = 210; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 3 „Essen“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(67f) Essensqualität insgesamt	.85	.89	.81
(67b) Geschmack der Mahlzeiten	.84	.89	.80
(67d) Präsentation der Mahlzeiten	.81	.90	.76
(67a) Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten	.74	.91	.69
(67c) Grösse der Portionen	.70	.91	.63
(67e) Temperatur der Mahlzeiten	.69	.91	.59
$\lambda = 3.0, 3.5 \%$			

Faktor 3 gesamt: M = 14.71, SD = 2.50, Cronbach's $\alpha = .92$

Anmerkung: n = 493; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 4 „Zimmer“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(65f) Ruhe im Zimmer	.78	.89	.72
(65e) Privatsphäre im Zimmer	.82	.89	.75
(57) Rückzugsmöglichkeiten	.59	.90	.56
(66) Ansprüche an Zimmer	.74	.89	.64
((65a) Einrichtung im Zimmer	.78	.89	.68
(65c) Ablage- Verstaum von Eigentum	.74	.89	.62
(65d) Sauberkeit im Zimmer	.62	.90	.56
(65b) Matratzenqualität	.65	.90	.56
$\lambda = 2.4, 2.9 \%$			

Faktor 4 gesamt: M = 19.23, SD = 3.67, Cronbach's $\alpha = .91$

Anmerkung: n = 475; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 5 „Medikamente und Rechte“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(49) Information Nebenwirkung Medikamente	.82	.83	.67
(50) Verständliche Info Medikamente	.77	.85	.62
(48) Information Hauptwirkung Medikamente	.81	.84	.65
(11) Information über Krankheit	.71	.85	.55
(56) Aufklärung über Rechte	.55	.88	.55
(51) Behandlungsalternativen	.50	.88	.31
$\lambda = 2.2, 2.7 \%$			

Faktor 5 gesamt: M = 11.38, SD = 4.11, Cronbach's $\alpha = .88$

Anmerkung: n = 365; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 6 „Therapeut“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(46) Unterstützung Therapeut	.72	.75	.67
(43) Höflichkeit Therapeut	.69	.75	.64
(44) Vertrauen Therapeut	.60	.78	.58
(45) Zeit Therapeut	.64	.76	.57
(41) Zuständigkeit Therapeut	.43	.81	.42
(42) Respekt therapeut. Personal	.41	.81	.34
$\lambda = 2.1, 2.5 \%$			

Faktor 6 gesamt: M = 18.59, SD = 3.42, Cronbach's $\alpha = .81$

Anmerkung: n = 441; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 7 „Raucherecken“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(69b) Sitzmöglichkeit Raucherecken	.87	.85	.85
(69a) Grösse Raucherecken	.84	.86	.83
(69d) Verfügbarkeit Raucherecken	.72	.90	.69
(69c) Sauberkeit Raucherecken	.72	.90	.70
$\lambda = 1.9, 2.3 \%$			

Faktor 7 gesamt: M = 8.52, SD = 2.40, Cronbach's $\alpha = .90$

Anmerkung: n = 217; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 8 „Personal“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(26) Vertrauen Personal	.66	.72	.61
(25) Höflichkeit Personal	.71	.64	.65
(24) Respekt Personal	.58	.78	.52
$\lambda = 1.7, 1.9 \%$			

Faktor 8 gesamt: M = 11.51, SD = 2.44, Cronbach's $\alpha = .79$

Anmerkung: n = 492; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 9 „Zwangseinweisung/geschlossene Abteilung“

Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(4) Wahrnehmung Rechte bei FFE	.72	.81	.59
(3) Aufklärung Rechte bei FFE	.60	.84	.57
(7) Verhinderung Zwangsmassnahmen	.50	.85	.46
(9) Aufklärung Rechte Geschlossenen	.83	.79	.65
(10) Wahrnehmung Rechte Geschlossene	.79	.80	.70
(6) Nachbesprechung Zwangsmassnahmen	.45	.85	.28

$\lambda = 1.6, 1.8 \%$

Faktor 9 gesamt: M = 9.98, SD = 3.36, Cronbach's $\alpha = .85$

Anmerkung: n = 315; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Faktor 10 „Kontinuität der Behandlung“

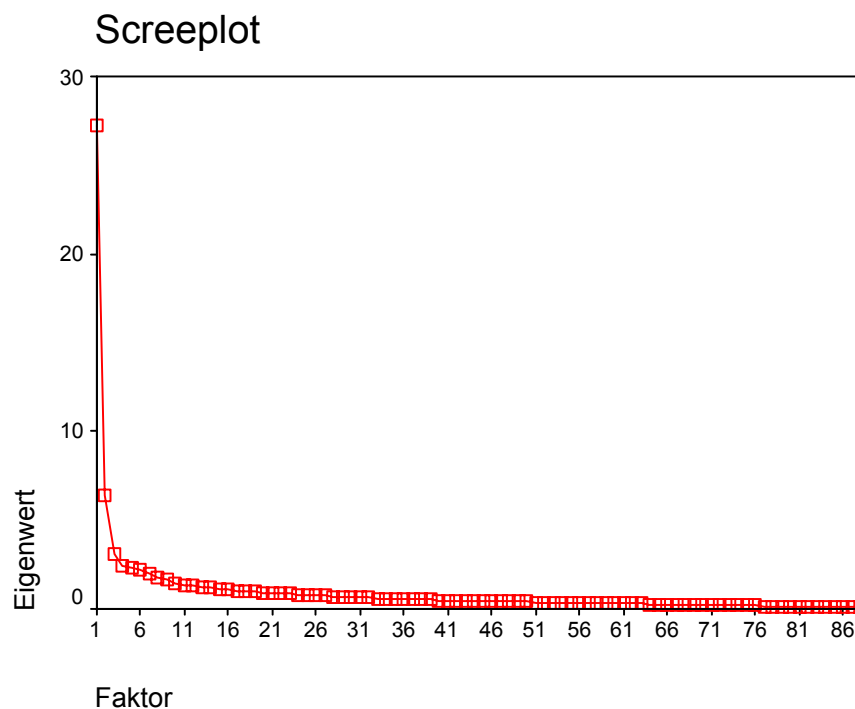
Itemkurztext	r_{it}	α	h^2
(22) Zuständigkeit Pflege	.46	.37	.41
(23) Info über An-Abwesenheit Pflege	.39	.49	.50
(15) Zuständigkeit Arzt	.33	.57	.28

$\lambda = 1.2, 1.4 \%$

Faktor 10 gesamt: M = 6.99, SD = 2.13, Cronbach's $\alpha = .58$

Anmerkung: n = 501; r_{it} = Trennschärfe; α = interne Konsistenz; h^2 = Kommunalität

Screeplot der Faktorenanalyse



ANHANG A 20

Psychiatriefragebogen zur Zufriedenheitsmessung PZZ

BITTE VOR DEM AUSFÜLLEN LESEN:

Wir danken Ihnen, dass Sie sich bereit erklären, an dieser Umfrage teilzunehmen. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!

Dieser Fragebogen wurde von der Psychologin Frau Mag. Thiemuth Maria Plank im Rahmen ihrer Doktorarbeit in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten, Pflegepersonal, Psychologen und Psychiatern entwickelt. Wir sichern Ihnen absolute Vertraulichkeit und Anonymität im Umgang mit Ihren Daten zu. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich!

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen folgende Punkte:

- Die Fragen sind von Ihnen selber zu beantworten.
- Lesen Sie zu jeder Frage alle Antwortmöglichkeiten durch.
- Kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwort an! (Ausnahme: Mehrfachantworten).
- Bei einigen Antworten steht neben dem Antwortkästchen der Satz: „Gehen Sie weiter zur Frage ..“. Bitte überspringen Sie dann die nachfolgenden Fragen und gehen Sie weiter zu der angegebenen Fragenummer.
- Bitte beachten Sie auch, dass sich die „beste“ Antwortmöglichkeit manchmal auf der linken, manchmal aber auch auf der rechten Seite befinden kann.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten; was zählt, ist einzig und allein Ihre Erfahrungen, die Sie während Ihres Spitalaufenthalts gemacht haben.

1. Sind Sie wegen einer akuten psychischen Krise eingetreten oder war Ihr Aufenthalt im Voraus geplant?

1 ☐...Krise

2 ☐...Im voraus geplant

2. Waren Sie freiwillig in der Psychiatrie oder wurden Sie fürsorgerisch eingeliefert (FFE)?

FFE..... 1 ☐

Freiwillig..... 2 ☐ **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 8**

3. Hat man Sie beim fürsorgerischen Freiheitsentzug über Ihre Rechte (zum Beispiel Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

4. Hat man Ihnen beim fürsorgerischen Freiheitsentzug geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

5. Wurde während Ihres Aufenthaltes folgende Massnahmen durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich)

Fixierung..... 1 ☐

Isolierung im Zimmer 2 ☐

Verbot, die Station zu verlassen 3 ☐

Tabletten einnehmen, die Sie nicht wollten 4 ☐

Spritze, die Sie nicht wollten 5 ☐

Unter Beobachtung durch Pflegepersonal gestellt 6 ☐

Keine der Massnahmen durchgeführt..... 7 ☐ **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 8**

6. Wurden die in der Frage 5 aufgelisteten Massnahmen zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihnen nachbesprochen?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, manchmal

1 ☐...Nein

7. Wären diese Massnahmen Ihrer Meinung nach zu verhindern gewesen?

3 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Ja, völlig

8. Waren Sie beim letzten Aufenthalt auf einer geschlossenen Abteilung?

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐ **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 12**

AUFENTHALT IN DER GESCHLOSSENEN ABTEILUNG

9. Hat man Sie auf der geschlossenen Abteilung über Ihre Rechte (z.B. Rekursmöglichkeit) aufgeklärt?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

10. Hat man Ihnen auf der geschlossenen Abteilung geholfen, Ihre Rechte wahrzunehmen?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

11. Erhielten Sie während Ihres Aufenthaltes genügend Informationen über die Art, Ursachen und Therapiemöglichkeiten Ihrer Störung?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

AUFNAHME IN DIE PSYCHIATRIE

12. Wurden Sie beim Eintritt über alles Wichtige informiert?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

4 ☐... Ich wurde fürsorglich eingewiesen **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 15**

13. Wie wurden Sie bei der Ankunft auf der Station empfangen und betreut?

3 ☐...Sehr gut

2 ☐...Gut

1 ☐...Schlecht

14. Wurde Ihnen nach der Aufnahme das weitere Vorgehen erklärt?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN

Anmerkung: Unter Ärzte sind die Psychiater gemeint. Diese dürfen Ihnen auch Medikamente verschreiben.

15. Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der/die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig war?

3 ☐...Ja

2 ☐...Ich bin mir nicht sicher

1 ☐...Nein, ich hatte mehrere
Arztwechsel

16. Hatten Sie genügend Gespräche mit dem Arzt/der Ärztin?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

17. Wie wurden Sie von den Ärztinnen/Ärzten behandelt?

1 ☐...Sehr respektlos

2 ☐...Einigermaßen respektvoll

3 ☐...Sehr respektvoll

18. Wie würden Sie die Höflichkeit Ihrer Ärzte oder Ihrer Ärztinnen beurteilen?

1 ☐...Schlecht

2 ☐...Mittelmässig

3 ☐...Sehr gut

19. Hatten Sie Vertrauen in Ihre Ärzte und Ärztinnen?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

20. Haben Sie Ihre Ärzte und Ärztinnen während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

PFLEGEPERSONAL (PSYCHIATRIEPFLEGER, -INNEN)
--

21. Gab es bestimmte Pflegepersonen, die für Sie die ganze Zeit des Aufenthaltes zuständig waren?

- 3 ☐...Ja 2 ☐...Ich bin mir nicht sicher 1 ☐...Nein, ich hatte mehrere Pflegepersonalwechsel
-

22. Waren Sie über An- und Abwesenheiten des Sie betreuenden Personals immer informiert?

- 3 ☐...Ja, immer 2 ☐...Ja, einigermaßen 1 ☐...Nein
-

23. Wie wurden Sie von den Pflegenden behandelt?

- 1 ☐...Sehr respektlos 2 ☐...Einigermaßen respektvoll 3 ☐...Sehr respektvoll
-

24. Wie würden Sie die Höflichkeit des Pflegepersonals beurteilen?

- 1 ☐...Schlecht 2 ☐...Mittelmässig 3 ☐...Sehr gut
-

25. Hatten Sie Vertrauen in das Pflegepersonal?

- 3 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 1 ☐...Nein
-

26. Finden Sie, dass das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie gehabt hat?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig
-

27. Haben Sie das Pflegepersonal während Ihrer Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

- 3 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 1 ☐...Nein

THERAPIEN

28. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?

3 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 1 ☐...Nein

29. Wie gut sind Sie über das Therapieangebot informiert worden?

3 ☐...Sehr gut 2 ☐...Gut 1 ☐...Schlecht

30. Durften Sie Ihre psychische Störung während Ihres Aufenthaltes auch ausleben, indem Sie z.B. nicht sofort Medikamente bekamen?

3 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 1 ☐...Nein

31. Konnten Sie, wenn Sie es wollten, ungestört mit Ihrer Familie oder anderen Angehörigen telefonieren oder sprechen?

Ja, völlig..... 3 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 1 ☐
Betrifft mich nicht..... 4 ☐

32. Wie wurden Sie bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen?

3 ☐...Sehr gut 2 ☐...Gut 1 ☐...Schlecht

33. Falls Sie einen körperlichen Entzug hatten: Fühlten Sie sich während des Entzuges sicher aufgehoben und gut versorgt?

1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig 4 ☐...Betrifft mich nicht

34. Wenn Sie körperliche Beschwerden hatten: Fühlten Sie sich medizinisch gut betreut?

1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig 4 ☐...Betrifft mich nicht

35. Ist Ihre soziale Situation (Arbeit, Finanzen, Wohnung) in genügendem Ausmass in die Therapie miteinbezogen worden?

1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig

36. Wie hilfreich fanden Sie folgende Therapieformen?

-- = Schlecht	0 = Mittelmässig	++ = Sehr gut
---------------	------------------	---------------

	--	0	++	Nicht gehabt	Nicht an- geboten
Einzeltherapie mit <u>Psychiater</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzeltherapie mit <u>Psychologe</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmakatherapie (Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergo- und Gestalttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musiktherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreativtherapie (z.B. Töpfern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsrehabilitation (Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

37. Wieviel Einfluss konnten Sie bei der Auswahl der Therapien (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) nehmen?

- 1 ☐...Sehr wenig 2 ☐...Genügend viel 3 ☐...Sehr viel
4 ☐...Hatte keine solche Therapie

38. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen?

- 3 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 1 ☐...Nein
-

THERAPEUTEN UND THERAPEUTINNEN

Anmerkung: Unter den Therapeuten sind diejenigen Personen gemeint, welche die Therapieformen in der Frage 36 (Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, etc.) durchgeführt haben, mit Ausnahme der Psychiater.

39. Gab es bestimmte Therapeuten, die für Sie die ganze Zeit des Auf-enthaltes zuständig waren?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, immer

40. Wie wurden Sie vom Personal der therapeutischen Dienste (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) behandelt?

1 ☐..Sehr respektlos 2 ☐..Einigermaßen respektvoll 3 ☐..Sehr respektvoll

4 ☐...Hatte keine solche Therapie

41. Wie würden Sie die Höflichkeit der Therapeuten beurteilen?

1 ☐...Schlecht

2 ☐...Mittelmässig

3 ☐...Sehr gut

42. Hatten Sie Vertrauen in die Therapeuten?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

43. Finden Sie, dass der Therapeut genügend Zeit für Sie gehabt hat?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, immer

44. Haben Sie die Therapeuten während der Behandlung als unterstützend und motivierend erlebt?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

MEDIKAMENTE UND INFORMATION

45. Sind Sie mit Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt worden?

1 ☐...Ja

2 ☐...Nein **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 50**

46. Wie gut wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente informiert?

1 ☐...Schlecht

2 ☐...Mittelmässig

3 ☐...Sehr gut

47. Wie gut wurden Sie über die Nebenwirkungen Ihrer Medikamente informiert?

1 ☐...Schlecht

2 ☐...Mittelmässig

3 ☐...Sehr gut

48. Wurden Sie über die Hauptwirkungen Ihrer Medikamente und deren Nebenwirkungen so informiert und aufgeklärt, *dass Sie es auch verstehen konnten?*

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

49. Wurden Ihnen Behandlungsalternativen zu den Medikamenten an-geboten?

3 ☐...Ja

2 ☐...Ja, zum Teil

1 ☐...Nein

50. Wie gut wurden Sie über Ihre Krankheit (Früherkennung, Verlauf, etc.) informiert und aufgeklärt?

3 ☐...Sehr gut

2 ☐...Gut

1 ☐...Schlecht

51. Wurden Sie über Ihre Krankheit und ihre Auswirkungen so informiert und aufgeklärt, *dass Sie es auch verstehen konnten?*

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

AUFENTHALT ALLGEMEIN

52. Hatten Sie das Gefühl, in Ihrer psychischen Störung ernstgenommen und verstanden zu werden?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

53. Wenn Sie das Bedürfnis nach einem Gespräch hatten, war es leicht, jemanden unter dem Behandlungsteam zu finden, der mit Ihnen über Ihre Sorgen und Bedenken sprach?

3 ☐...Ja, sehr

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

54. Sind Sie während Ihres Aufenthaltes über Ihre Rechte und Pflichten in ausreichendem Masse aufgeklärt worden?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

55. Hatten Sie in Ihrem Aufenthalt genügend Möglichkeiten zum Rückzug, wenn Sie alleine sein wollten?

3 ☐...Ja, völlig

2 ☐...Ja, einigermaßen

1 ☐...Nein

56. Wussten Sie, an wen Sie sich bei Problemen, Reklamationen oder Fragen wenden konnten?

1 ☐...Nein

2 ☐...Ja, einigermaßen

3 ☐...Ja, völlig

ENTLASSUNG UND NACHBETREUUNG

57. Haben Sie das Schlussgespräch vor Klinikaustritt als hilfreich erlebt?

Ja..... 3 ☐

Ja, einigermaßen 2 ☐

Nein 1 ☐

Es gab kein Schlussgespräch 4 ☐

Ich wollte kein Schlussgespräch..... 5 ☐

58. Wie wurden Sie auf Ihre Entlassung vorbereitet?

3 ☐...Sehr gut

2 ☐...Gut

1 ☐...Schlecht

59. War Ihre Nachbetreuung genügend gut organisiert?

- 3 ☐...Sehr gut 2 ☐...Gut 1 ☐...Schlecht
- 4 ☐...Betrifft mich nicht

60. Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt der Entlassung?

- 3 ☐...Sehr gut 2 ☐...Gut 1 ☐...Schlecht

61. Wurden Ihrer Familie oder anderen Angehörigen vom Behandlungsteam ausreichend Informationen gegeben, um Sie in der Zeit nach der Entlassung unterstützen zu können?

- 3 ☐...Ja, völlig 2 ☐...Ja, einigermaßen 1 ☐...Nein
- 4 ☐...Betrifft mich nicht

62. Wussten Sie, wohin Sie sich bei einem Rückfall wenden können?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, ungefähr 3 ☐...Ja, völlig

HOTELLERIE / INFRASTRUKTUR

63. Wie gut war Ihr Zimmer in Bezug auf ...

	Schlecht	Mittelmässig	Sehr gut
Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matratzenqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablage- und Verstaumöglichkeiten von Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatsphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Hat Ihr Zimmer Ihren Ansprüchen genügt?

- 1 ☐...Nein 2 ☐...Ja, einigermaßen 3 ☐...Ja, völlig
-

65. Wie gut fanden Sie das Essen in Bezug auf ...

	Schlecht	Mittelmässig	Sehr gut
Auswahl/Vielfalt der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmack der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grösse der Portionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präsentation der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatur der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Sind Sie Raucher/in? 1 ☐...Ja

2 ☐...Nein **GEHEN SIE WEITER ZUR FRAGE 68**

67. Wie gut fanden Sie die Rauchecken in Bezug auf ...

	Schlecht	Mittelmässig	Sehr gut
Grösse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Wenn Sie Nichtraucher/in sind: Fühlten Sie sich durch das Rauchen belastigt?

- Ja, völlig..... 1 ☐
Ja, einigermaßen 2 ☐
Nein 3 ☐
Ich bin Raucher/in..... 4 ☐
-

69. Wie gut fanden Sie die sanitären Installationen in Bezug auf...

	Schlecht	Mittelmässig	Sehr gut	Nicht vorhanden
Sauberkeit der eigenen Dusche/Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit der Etagedusche/Bades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit der Etagedusche/Bades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit des eigenen WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit des Etagen-WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit des Etagen-WCs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESAMTEINDRUCK

70. In welchem Masse hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?

3 ☐...Völlig

2 ☐...Einigermassen

1 ☐...Gar nicht

71. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?

3 ☐...Sehr gut

2 ☐...Gut

1 ☐...Schlecht

72. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen?

3 ☐...Sehr zufrieden

2 ☐...Weitgehend zufrieden

1 ☐...Ziemlich unzufrieden

73. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

3 ☐...Sehr zufrieden

2 ☐...Weitgehend zufrieden

1 ☐...Ziemlich unzufrieden

74. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?

3 ☐...Ja, sicher

2 ☐...Ja, eher

1 ☐...Nein

75. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

3 ☐...Ja, sicher

2 ☐...Ja, eher

1 ☐...Nein

76. Wenn Sie sich noch etwas in der Psychiatrie wünschen könnten, was wäre es? Oder anders ausgedrückt: Was sollte sich auf keinen Fall wiederholen oder mit was waren Sie unzufrieden?

ZU IHRER PERSON

77. Sie sind:

1 ☐... eine Frau

2 ☐... ein Mann

78. Wie würden Sie im Allgemeinen Ihren heutigen Gesundheitszustand beurteilen?

1 ☐..Sehr schlecht 2 ☐..Schlecht 3 ☐..Mittelmässig 4 ☐..Gut 5 ☐..Sehr gut

79. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

80. Sind Sie in den letzten 12 Monaten schon einmal psychiatrisch behandelt worden?

1 ☐... Nein, dieses ist das erste Mal 2 ☐... Ja, einmal 3 ☐... Ja, mehrmals

81. Ich bin/war in psychiatrischer Behandlung wegen..

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1 <input type="checkbox"/>
Affektive Störungen (z.B. Depression, Manie)	2 <input type="checkbox"/>
Organische Störungen	3 <input type="checkbox"/>
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	4 <input type="checkbox"/>
Psychosomatik, Neurosen	5 <input type="checkbox"/>
Suchtproblematik (z.B. Alkohol, Drogen)	6 <input type="checkbox"/>
Sexualstörungen	7 <input type="checkbox"/>
Altersspezifische Störungen (Demenz, etc.)	8 <input type="checkbox"/>
Anderes:	9 <input type="checkbox"/>

82. Mein letzter stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie betrug...

- Bis 5 Tage..... 1 ☐
6-10 Tage..... 2 ☐
11-20 Tage 3 ☐
3 Wochen und länger..... 4 ☐

83. Wie sind Sie versichert?

- 1 ☐... Allgemein 2 ☐... Halbprivat 3 ☐... Privat

84. Wie ist Ihr Zivilstand?

- Single..... 1 ☐
Lebensgemeinschaft..... 2 ☐
Verheiratet 3 ☐
Geschieden..... 4 ☐
Getrennt lebend 5 ☐
Verwitwet 6 ☐

E N D E

ANHANG A 21

**Brief einer Selbstbetroffenen und Teilnehmerin in der
Evaluationsphase meiner Studie:**

„Sehr geehrte Frau Plank

Was mich sehr freut, ist, dass ich um meine Meinung gefragt werde. Ich meine, dass Betroffene viel mehr gefragt werden sollten, und dass individuell, gemeinsam gesucht und erarbeitet werden muss, wo ein solches Vorgehen immer möglich ist. Wenn dem Betroffenen jede Selbstbestimmung genommen wird, hat er keine Grundlage für Selbstwert, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen. Ich wollte Verantwortung übernehmen und selber entscheiden, was nicht genutzt wurde und auch in diesem Fragebogen (Fragebogen-Entwurf) zu wenig berücksichtigt wird. Patienten, die mündig sein wollen, haben das Potential für einen guten Verlauf, was gefördert werden sollte. Es gibt auch Patienten, die alles abgeben wollen, was ich nur vorübergehend gut finde.

Wichtig ist, dass Fachpersonen bereit sind, sich auf das Erleben der Patienten einzulassen und gemeinsam versuchen zu verstehen. Fachpersonen, die dies nicht tun, werden oft als nicht distanziert und unprofessionell kritisiert.

Wenn aber nicht versucht wird, Patienten in ihrem Erleben zu verstehen, dieses gleich als pathologisch abgewertet wird, werden Patienten durch die „Behandlung“ unterdrückt und in die Isolation gedrängt. Sie werden so sehr menschenunwürdig behandelt. Die Fachperson ist dann arrogant, wenn sie vorgibt zu wissen, was los ist, ohne das Erleben versuchen zu verstehen und ernst zu nehmen. Viele Fachpersonen glauben zu wissen, wie „es“ ist, aufgrund ihrer Ausbildung und vergessen, dass das meiste übernommen und wenig geprüft ist. Für mich war wichtig, dass eine Ärztin, ein Arzt seine Grenzen auch sah und zugeben konnte.

Ich hätte nicht mitgemacht (an der Evaluation), wenn ich nicht die Hoffnung hätte, zu einer menschlicheren Psychiatrie beitragen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre XXX“

CURRICULUM VITAE

Mag. Thiemuth Maria Plank
Psychologin
Neudorfstrasse 28
6313 Menzingen

Geburtsdatum: 12. Februar 1969
Zivilstand: ledig, keine Kinder
Nationalität: Österreich

Bisherige berufliche Tätigkeiten:

2001 bis heute	Doktorandin an der Universität Zürich, Fachrichtung Psychologie <i>Erstbetreuung:</i> Prof. Dr. Brigitte BOOTHE, Klinische Psychologie Universität Zürich <i>Zweitbetreuung:</i> Prof. Dr. Rainer RICHTER, Univ.-Klinik Eppendorf, Hamburg Dissertationsthema: "ENTWICKLUNG DES PSYCHIATRIEFRAGEBOGENS ZUR ZUFRIEDENHEITSMESSUNG VON PSYCHIA-TRISCHEN STATIONÄREN PATIENTEN (PZZ)"
2000 - 2002	<u>Projektleiterin</u> in Marktforschungsinstitut (während Diss.)
1998-2000	<u>Treuhandsachbearbeiterin</u> (während Studium)
1997-1998	<u>Tutorin</u> an der Universität Innsbruck (während Studium)
1991-1993	<u>Anwaltssekretärin</u>
1987-1988	<u>Zahnarztassistentin</u>

Aus- und Weiterbildung:

1983-1987 1987	Bundesoberstufenrealgymnasium Feldkirch Matura (allgemeinbildend)
1987-1988	Ausbildung Zahnarztassistentin, Universität Innsbruck
1988-1989	Studium der Pharmazie an der Universität Innsbruck
1989-1991 1991	Kaufmännisches Kolleg an der Handelsakademie Feldkirch Matura (kaufmännisch)
1993-2000 April 2000	Studium der Psychologie an der Universität Innsbruck, naturwissenschaftliche Fakultät Abschluss des Studiums (Titel: Magistra rerum naturalium) mit der Diplomarbeit „Kinder und Magnetresonanztomographie – Eine Studie zum Erfahrungswert von betroffenen Müttern“

Diverses:

- Seminare im qualitativen, computerunterstützten Auswertungsverfahren GABEK (bei Prof. Dr. Josef Zelger, Entwickler GABEK), Universität Innsbruck
 - Projektmitarbeit „Erhebung zur Gesundheitsförderung in Betrieben“, Universität Innsbruck
 - Diverse Kurse bezüglich Teamführung und Gruppendynamik
 - Psychologische Praktika in zwei sozialen Einrichtungen
-